



Sociaal en Cultureel Planbureau

Langer zelfstandig

Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg



Langer zelfstandig

Langer zelfstandig

Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg

Cretien van Campen (SCP)

Jurjen Iedema (SCP)

Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA)

Dorly Deeg (VUMC-LASA)

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het scp verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het scp te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2017

scp-publicatie 2017-3

Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: bureau Stijl Zorg, Utrecht; figuur p. 12: Koninklijke Bibliotheek, Den Haag

Vertaling samenvatting: Avb Vertalingen, Amstelveen

Omslag: Textcetera, Den Haag

Foto omslag: Marion Duimel, Stichting GetOud (*Jan en Kaoutar*)

ISBN 978 90 377 0817 2

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van scp-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Voorwoord	7
Samenvatting	9
1 Langer zelfstandig	13
2 Modelleren van het beloop van zorgtreden	16
3 Diversiteit in ouder worden met zorg	22
3.1 Gezondheid	26
3.2 Hulpbronnen	32
4 Sturen op gezondheid, hulpbronnen en zorg van ouderen	41
4.1 Effecten van mogelijke interventies aan de vraagzijde	41
4.2 Effecten van mogelijke interventies aan de gebruikszijde	50
5 Slotbeschouwing	57
Summary	61
Literatuur	65
Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau	69

Voorwoord

Zelfstandigheid betekent voor ouderen niet alleen in een eigen huis wonen, maar ook het behouden van de regie over hun leven, deel zijn van de buurt en deelnemen aan activiteiten. Als dat moeilijker gaat vanwege gezondheidsproblemen dan hebben mensen ondersteuning en zorg nodig van hun burens, familie, professionals en algemene voorzieningen zoals woningaanpassingen en vervoer om zelfstandig te blijven.

Met het ouder worden nemen niet alleen wijsheid en vrije tijd toe, maar helaas ook al te vaak een toenemende behoefte aan zorg, verzorging en ondersteuning. De verschillen tussen ouderen zijn groot. Aan de ene kant van het spectrum zien we mensen die tot op hoge leeftijd vitaal en actief blijven; aan de andere kant mensen die snel aftakelen en steeds meer zorg en ondersteuning nodig hebben.

Die diversiteit onder ouderen wordt door het groeiend aantal 65-plussers in de bevolking steeds zichtbaarder. In het straatbeeld zijn de verschillen opvallend als men let op de gang van de ouderen: sommigen schieten jou snel voorbij, te voet of op een elektrische fiets; anderen – met een rollator – haal je lopend moeiteloos in. Sommigen zijn op hun eentje, anderen samen. De levenspaden van ouderen verschillen nogal.

Er komen steeds meer mogelijkheden voor ouderen om langer zelfstandig te wonen, met technologische vernieuwingen, nieuwe behandel- en zorginterventies, sociale buurtinitiatieven en vormen van telecommunicatie.

Naast kennis van de werkzaamheid van interventies op de gebieden van zorg, welzijn, wonen en cultuur, die mensen helpen om problemen van het dagelijks leven op te lossen, is er ook een algemener beeld nodig van de ouder wordende bevolking in een tijdsperiode. Deze studie onderzoekt de diversiteit in het zorggebruik van ouderen vanuit een levensloopperspectief. Er wordt niet naar één moment, maar naar een reeks opeenvolgende momenten in het leven van ouderen gekeken. Dat levert enerzijds inzichten op in ontwikkelingen van de vergrijzende samenleving in de tijd, en anderzijds voorspellingen die kunnen worden gebruikt bij (ex ante) beleidsevaluaties en -verkenningen rondom verouderingsvraagstukken.

Deze studie is verricht op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) en is onderdeel van het scp-werkprogrammathema Levensloop. Het rapport komt voort uit een samenwerking met de Vrije Universiteit. We willen prof. dr. Marjolein Broese van Groenou en prof. dr. Dorly Deeg hartelijk danken voor hun bijdrage aan dit rapport.

Prof. dr. Kim Putters
Directeur Sociaal en Cultureel Planbureau

Samenvatting

Het kabinet wil met de hervorming van de langdurige zorg de trend versterken dat ouderen langer zelfstandig blijven wonen en niet of later naar een zorginstelling verhuizen. In Nederland blijven veel ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen. Van de 85-89-jarigen woont driekwart nog zelfstandig, van de 90-95-jarigen nog 60%. Pas boven de 95 jaar woont een meerderheid (57%) in een verzorgings- of verpleeghuis (Den Draak 2010; De Klerk 2011). Ondanks dat het percentage bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen in de laatste twee decennia gedaald is, is het nog steeds hoger dan in andere Europese landen. Woonde in 1980 20% van de 80-plussers in een woonzorginstelling, in 2010 was dat nog maar 14% (Garssen en Harmsen 2011).

Hoe blijven ouderen tot op hoge leeftijd zelfstandig wonen? Doen ze dat met hulp van familie en/of vrienden? Maken ze gebruik van gemeentelijke voorzieningen? Welke medische en verpleegkundige zorg wenden ze aan? Zetten ze persoonlijke en sociale hulpbronnen in?

In deze studie hebben we een groep van 1768 65-plussers veertien jaar lang gevolgd; we onderzochten van welke zorg, voorzieningen, persoonlijke en sociale hulpbronnen ze gebruik maakten en hoe lang ze daarmee zelfstandig bleven wonen voor ze naar een verzorgings- of verpleeghuis verhuisden of overleden.

In een eerdere studie stelden we vast dat er een grote diversiteit is in de zorgtrajecten van 65-plussers (Van Campen et al. 2013). Zij maken veelal gebruik van combinaties van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen, medische zorg, informele en particuliere zorg. Deze trajecten verschillen, afhankelijk van de gezondheid en persoonlijke en sociale hulpbronnen van de desbetreffende personen. Sommigen verhuizen al vroeg naar een woonzorginstelling, anderen pas op hoge leeftijd of nooit.

Om beleidskwesties op landelijk en lokaal niveau te kunnen onderzoeken, aggregaerden we in de voorliggende studie de individuele zorgtrajecten naar veranderingen in het zorggebruik van de bevolking van 65 jaar en ouder en van de diverse groepen daarbinnen. Naar analogie van de klassieke prenten van de trap des ouderdoms (afbeelding 1) beschrijven we het zorgtraject van de oudere bevolking als het afdalen van zorgtreden. We ontwikkelden twee modelvarianten. Met de eerste variant brengen we verschillen in zorgtrajecten in beeld van groepen 65-plussers over een periode van veertien jaar. We beschrijven bijvoorbeeld de verschillen in zorgtrajecten tussen mannen en vrouwen. Met de tweede variant rekenen we door wat de effecten zouden zijn van veranderingen in gezondheid, hulpbronnen en huidig zorggebruik op het zorggebruik in de 65+-bevolking over een periode van drie jaar. Wat zijn bijvoorbeeld de gevolgen van een vergroting van de omvang van het gemiddelde sociaal netwerk in de 65+-bevolking voor het zorggebruik drie jaar later? Deze modelvariant kan gebruikt worden voor ex ante beleidsevaluaties

(evaluaties vooraf). In beide modelvarianten laten we de verschillen en effecten voor langer zelfstandig wonen zien.

Modelvariant 1

Er is een aantal bepalende factoren voor langer zelfstandig wonen aan te wijzen. Ten eerste de gezondheid: gezondheidsproblemen hebben het grootste effect op het zelfstandig blijven wonen. Deze betreffen met name chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen. Van de 65-plussers zonder chronische aandoening woont driekwart na veertien jaar zelfstandig; van de groep met meer dan een chronische aandoening is dat slechts de helft, en van de mensen met cognitieve beperkingen nog maar een derde. De anderen zijn verhuisd naar een verzorgings- of verpleeghuis of zijn overleden. Daarnaast zijn materiële, mentale en sociale hulpbronnen relevante factoren. Van de 65-plussers met aanvankelijk een laag inkomen woont na veertien jaar 50% nog zelfstandig en van degenen met een hoog inkomen 60%. Psychische en sociale hulpbronnen tonen vergelijkbare effecten. Zo woonde van de 65-plussers die weinig regie over het leven ervaren, na veertien jaar 10% minder zelfstandig dan van degenen die meer regie ervaren. Van de 65-plussers met een groot sociaal netwerk woonde na veertien jaar twee derde nog zelfstandig, tegen minder dan de helft van degenen met een klein sociaal netwerk.

Modelvariant 2

Op de genoemde factoren van langer zelfstandig wonen is vaak alleen op basis van theorie beleid te voeren. Bij wijze van proef hebben we in deze studie een aantal scenario's empirisch doorgerekend, door middel van ex ante beleidsevaluaties. Daarvoor is een empirisch rekenmodel ontwikkeld, dat over een periode van drie jaar veranderingen voorspelt in het gebruik van zorg en ondersteuning in de 65+-bevolking.

Als een aantal 65-plussers minder gezondheidsproblemen zou kennen, zou mogelijk een groter deel van hen thuis kunnen blijven wonen. We hebben dat onderzocht door te doen alsof de 65-plussers met co-morbiditeit gemiddeld een chronische aandoening en een lichamelijke beperking minder zouden hebben. Het rekenmodel laat dan zien dat er onder die condities drie jaar later 3% meer 65-plussers zelfstandig blijven wonen. Dit komt in de bevolking overeen met ca. 80.000 personen.

Een vermindering met 10 procentpunten van het aandeel 65-plussers met cognitieve beperkingen (dementie) zou drie jaar later tot gevolg hebben dat 1,5% meer 65-plussers (40.000) zelfstandig wonen. Het aandeel bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen zou met 10% dalen (15.000 personen).

Ook de bevordering van de eigen regie over het leven heeft effect. Als we het aandeel 65-plussers dat regie over het eigen leven ervaart met 10 procentpunten laten toenemen, zou dit tot het gevolg hebben dat drie jaar later 10% minder 65-plussers (ca. 15.000 personen) in een verzorgings- of verpleeghuis wonen.

De overheid heeft aan de aanbodzijde meer mogelijkheden voor sturing dan aan de vraagzijde. Hoewel het model geen aanbodfactoren bevat, kan wel doorgerekend worden wat de effecten zijn van veranderingen in het zorggebruik over een periode van drie jaar. Wanneer we in het model de groep 65-plussers die medisch-specialistische zorg ontvangt met 10 procentpunten ophogen en tegelijkertijd controleren voor gezondheidsverschillen, zien we dat de groep bewoners van een verzorgings- of verpleeghuis na drie jaar zou zijn afgenomen met 6% (ca. 8500 personen). De groep met persoonlijke verzorging thuis zou na drie jaar toegenomen zijn met 6%.

Een van de gedachten achter de hervorming van de langdurige zorg is dat burgers meer verantwoordelijkheid voor hun zorg dienen te nemen. Een concreet doel is dat hulpbehoevende burgers zelf hun huishoudelijke hulp organiseren; dit kan via mantelzorg, particuliere hulp of een andere oplossing. Wat zou een toename van het gebruik van informele en particuliere hulp betekenen voor het zorggebruik? Doorrekening laat zien dat een toename met 10 procentpunten van de ontvangers van informele en/of particuliere hulp, na drie jaar zou leiden tot een geringe afname van slechts 2% van de gebruikers van een zorgpakket met huishoudelijke zorg (ca. 2500 personen) en een afname van 2% van de mensen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen (ca. 2500 personen).

Nederlandse burgers van 65 jaar en ouder slagen er, met uiteenlopende vormen van zorg en ondersteuning, in om lang zelfstandig in hun eigen buurt en eigen huis te blijven wonen. Ze doorlopen verschillende trajecten in hun leven, afhankelijk van hun gezondheid, de aanwezigheid van een partner, familie en/of vrienden, de eigen kracht die ze ervaren om zelf hun zorg te organiseren, de faciliteiten in hun woning en de voorzieningen in de buurt. Slechts een klein deel brengt de laatste jaren van het leven door in een woonzorginstelling. De wegen daarheen zijn divers. Hoewel de levenslopen van individuele ouderen niet maakbaar zijn, zijn er op de grote schaal van de zorgtrajecten van groepen wel punten waarop geïntervenieerd kan worden. Met deze studie hebben we willen laten zien wat de mogelijke effecten van interventies op deze punten zijn. We hopen hiermee een beleidsinstrument ontwikkeld te hebben waarmee beleidsmakers verschillende alternatieven kwantitatief kunnen afwegen.

1 Langer zelfstandig

Het kabinet wil dat ouderen langer zelfstandig blijven en niet of later naar een zorginstelling verhuizen. De hervorming van de langdurige zorg die in 2015 is ingevoerd, legt meer verantwoordelijkheid bij de burgers en hun sociale omgeving als het gaat om zorg en steun aan hulpbehoevende mensen. De aard van de langdurige zorg is daarmee veranderd in een pakket van zorg en ondersteuning, waarop de actieve burgers, uitgaande van hun eigen hulpbronnen, een beroep kunnen doen om waardig ouder te worden. De Wereldgezondheidsorganisatie onderschreef deze verandering recentelijk (WHO 2015: 134).¹ Het beleid in Nederland en andere Europese landen streeft ernaar dat mensen langer zelfstandig in de eigen woning of buurt wonen (*ageing in place*) door gebruik te maken van de eigen hulpbronnen en van een pakket van zorg- en welzijnsvoorzieningen (Van Dijk 2015; Lager 2015; Thomas en Blanchard 2009).

Wat is er thans bekend over de ondersteuning die burgers nodig hebben om langer zelfstandig in de eigen buurt wonen? Nederland beschikt, zeker internationaal gezien, over zeer veel en gedetailleerde informatie over de gezondheid van en het zorggebruik door ouderen. Uit eerdere studies is bekend welke factoren het gebruik van langdurige zorg door ouderen bepalen (Den Draak et al. 2016; Eggink et al. 2012; De Klerk et al. 2015; Kromhout et al. 2014; Plaisier en De Klerk 2015; Plaisier et al. 2011, 2012; Pommer en Boelhouwer 2016; Putman et al. 2016; Steenbekkers en Vermeij 2013; Verbeek-Oudijk et al. 2014, 2015; Vermeij en Steenbekkers 2015; Van Vliet et al. 2010; Woittiez et al. 2009, 2015). Voor een juiste inschatting van de effecten van beleid is informatie nodig over de ontwikkelingen in het zorggebruik over langere periodes. Wil het beleid ouderen kunnen ondersteunen bij het langer zelfstandig wonen, dan is inzicht nodig in de manier waarop de hulpbronnen van ouderen veranderen gedurende hun leven en in de zorg en ondersteuning die ze ontvangen bij het zelfstandig blijven wonen. Daarbij spelen vanzelfsprekend ook de gezondheid en de sociale en fysieke omgeving een rol (Doorteen en Meurs 2015; Galenkamp et al. 2012; De Kam et al. 2012; RVZ 2012; Sommer 2013).

In deze studie kijken we in brede zin en over een langere periode naar deze factoren. Door middel van langdurige observaties brengen wij de zorgtrajecten van een landelijke steekproef van 65-plussers in kaart.² Zorgtrajecten van ouderen omschrijven we als patronen in de tijd die zich aftekenen in het ontvangen van verschillende vormen van medische en langdurige zorg, ondersteuning en informele hulp (zie ook Van Campen et al. 2013). Zorgtrajecten blijven niet binnen specifieke professionele disciplines of financieringskaders, maar lopen dwars door verschillende disciplines en financieringskaders heen. Zo kan het vanuit het perspectief van één discipline of zorgaanbieder lijken alsof ouderen in beeld komen, vertrekken en later weer terugkomen. Echter, door de episodes van verschillende zorgaanbieders te bezien, krijgt men een vollediger beeld van een zorgtraject. Daarom beschouwen we in deze studie de zorgtrajecten van ouderen in brede zin, dat wil

zeggen dat we kijken naar langdurige zorg, welzijn en sociale ondersteuning, medische zorg, informele en particuliere hulp.

Op basis van de samenhangen tussen individuele zorgtrajecten en persoonskenmerken is het mogelijk meer zicht te krijgen op ontwikkelingen in zorggebruik, zodat het aanbod aan zorg beter gestuurd kan worden. Tevens kunnen we meer inzicht krijgen in ontwikkelingen in het zorggebruik als in toekomstige generaties de kenmerken van ouderen veranderen, zoals een hoger percentage hoger opgeleiden, meer of minder gezondheidsproblemen, meer of minder regie van ouderen over hun leven, en kleinere of grotere sociale netwerken. Dat biedt handvatten voor het maken van doorrekeningen ten behoeve van ex ante beleidsevaluaties voor de ouderenzorg.

Om beleidsinformatie te leveren over hoe ouderen in Nederland zelfstandig kunnen blijven wonen met zorg en ondersteuning, onderzoeken we de volgende vragen.

- 1 Welke zorg en ondersteuning hebben verschillende 65+-bevolkingsgroepen bij het ouder worden?
- 2 Zijn er verschillen tussen groepen 65-plussers in het langer zelfstandig wonen?
- 3 Hoe zouden de zorgtrajecten verlopen na beleidsinterventies?
- 4 Hoeveel ouderen zouden door deze interventies langer zelfstandig blijven wonen?

De vragen 1 en 2 worden behandeld in hoofdstuk 3 en de vragen 3 en 4 in hoofdstuk 4.

Glossarium

Zelfstandig wonen is het verblijven met of zonder zorg in een zelfstandige huur- of koopwoning; het betreft in deze levensloopstudie de periode vóór iemand verhuist naar een verzorgings- of verpleeghuis of overlijdt.

Zorgtrajecten van ouderen omschrijven we als patronen in de tijd van het ontvangen van verschillende vormen van medische en langdurige zorg, ondersteuning en informele hulp. We onderscheiden zorgtrajecten op individueel, groeps- en bevolkingsniveau.

Een **zorgtrede** is een onderdeel van een empirisch vastgestelde hiërarchie van lichte naar zware zorg- en ondersteuningscombinaties. Dit zijn sets van voorzieningen en diensten die iemand op een moment ontvangt op de gebieden van medische zorg, gemeentelijke voorzieningen, verpleging en verzorging, en informele en particuliere hulp. De hiërarchie verdeelt de populatie of een deel daarvan over acht zorgtrede op een bepaald moment in de tijd. Personen en groepen kunnen door de tijd heen naar zwaardere en lichtere zorgtrede dalen en klimmen.

Noten

- 1 'Instead of thinking about long-term care as a minimal and basic safety net that provides rudimentary support to older people who can no longer look after themselves, perceptions must shift towards a more positive and proactive agenda. Within this new framework, long-term care must be oriented towards both optimizing intrinsic capacity and compensating for a lack of capacity at a level that maintains an older person's functional ability and ensures dignity and well-being.'
- 2 We selecteerden een landelijk representatieve groep 65-plussers in 1998/'99 en volgden deze groep tot 2011/'12. In 2011/'12 was dit een groep 78-plussers geworden. Er stroomden geen nieuwe deelnemers in.

2 Modelling van het beloop van zorgtreden

Het Nederlandse zorgstelsel geeft burgers trapsgewijs toegang tot voorzieningen (Non et al. 2015). Het kent een hiërarchie in financieringskaders, met als basiszorg de Zorgverzekeringswet (Zvw) voor kortstondige gezondheidsproblemen (bv. huisarts, medisch specialist), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als middenlaag voor de gevallen waarin de zorg langer duurt (bv. woningaanpassing, welzijnswerk, vervoersvoorziening, hulpmiddelen, huishoudelijke verzorging) en als toplaag de Wet langdurige zorg (Wlz) voor zware, langdurige zorg (verpleging en verzorging). De aanname is dat ouderen met een gezondheidsprobleem beginnen met de lichtste zorgvorm – een consult bij de huisarts – en pas in aanmerking komen voor zwaardere en duurdere vormen van zorg wanneer de lichtere en goedkopere vormen niet meer voldoende blijken te zijn.

De financiering en organisatie van de zorg zijn in de laatste tien jaar driemaal veranderd met de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw, 2006), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2007) en de Wet langdurige zorg (Wlz, 2015) (Van der Torre en Putman 2015). Minder veranderd zijn de door burgers ontvangen zorg- en welzijnsvoorzieningen, zoals persoonlijke verzorging, woningaanpassingen en huisartsconsulten. Daarom baseren we deze studie op feitelijk ontvangen zorg en niet op de financiering of de zorgaanbieders.

Op basis van gegevens over ontvangen zorg is in de studie *Met zorg ouder worden* (Van Campen et al. 2013) een hiërarchie van zorgtreden op theoretische gronden geformuleerd en vervolgens empirisch getoetst. Deze hiërarchie bleek stabiel en consistent met betrekking tot het zorggebruik.

De systematiek van zorgtreden veronderstelt dat de acht vormen van zorg hiërarchisch zijn geordend (figuur 2.1), in die zin dat gebruik van een bepaalde vorm van zorg het gebruik van zwaardere vormen van zorg uitsluit. Empirisch is het ook zo bepaald dat iemand ingedeeld wordt in zorgtrede 5, als hij/zij gebruik maakt van algemene gemeentelijke voorzieningen (zorgtrede 5), maar niet van huishoudelijke hulp, persoonlijke zorg en residentieel verblijf (zorgtreden 6-8). Of de respondent daarnaast nog een van de minder zware vormen van zorgtreden gebruikt, maakt voor de indeling in zorg- en ondersteuningspakketten niet uit.

Personen staan op zorgtrede 1 als ze geen zorg nodig hebben of alleen de huisarts hebben bezocht, maar geen van de andere vormen van zorg gebruiken. Personen staan op zorgtrede 2 als ze in het laatste halfjaar een medisch specialist hebben bezocht en/of een ziekenhuisopname hebben meegemaakt, maar in elk geval geen van de zwaardere vormen van zorg gebruiken, enzovoort. Op deze manier zijn alle respondenten op een van de acht zorgtreden geplaatst op een meetmoment. In de periode van 1998-2012 waren er vijf meetmomenten. Van iedere persoon in de steekproef kennen we dus vijf in de tijd opeen-

volgende posities op de zorgtredenladder, die samen het zorgtraject van die persoon weergeven.

Figuur 2.1

Hiërarchie van zorgtreden

1	Bezoek aan de huisarts in de afgelopen zes maanden
2	Bezoek aan een medisch specialist en/of ziekenhuisopname in de afgelopen zes maanden
3	Informele hulp of particulier betaalde hulp bij huishoudelijke taken en/of persoonlijke verzorging
4	Aanpassingen in de woning
5	Gebruik van voorzieningen; maaltijdvoorziening, klusdienst, transport, telefonische hulpdienst, vrijwilligersorganisatie, hulpmiddel bij lopen
6	Huishoudelijke hulp van professionele thuiszorg
7	Persoonlijke verzorging van professionele thuiszorg en/of tijdelijke of korte opvang in tehuis (dag, nacht, weekend, kort verblijf)
8	Residentiële opname in verzorgings- of verpleeghuis

De hervorming van de langdurige zorg heeft weliswaar de financiering achter enkele zorgtreden veranderd, maar niet de combinatie van ontvangen zorg. Als voorbeeld bezien we zorgtrede 7, persoonlijke verzorging thuis; deze houdt in dat mensen persoonlijke verzorging van de thuiszorg ontvangen, eventueel in combinatie met zorgvormen van lichtere zorgtreden (bv. huishoudelijke verzorging en informele hulp). Vóór 2015 werd deze persoonlijke verzorging gefinancierd door de AWBZ, na 2015 door de Zvw. Dit heeft echter geen invloed op de systematiek van zorgtreden, omdat we de zorgfuncties die ouderen ontvangen bezien en niet de financiering. Het is natuurlijk niet uit te sluiten dat een verandering van financiering effect heeft op de zorgverlening, maar we nemen aan dat de aard van de verleende hulp, bijvoorbeeld mensen wassen, aankleden en uit bed helpen, na 2015 op bevolkingsniveau niet anders is dan daarvoor.

De systematiek van zorgtreden is empirisch gebaseerd op de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Deze gegevensverzameling geeft een landelijk representatief beeld van personen van 55 en ouder jaar in Nederland (met vanzelfsprekend de gebruikelijke panelafwijkingen), waarbij deelnemers gedurende meer dan veertien jaar worden gevolgd. Het bevat een breed spectrum aan demografische, medische en psychosociale kenmerken, omgevingskenmerken en voorzieningengebruik (Huisman et al. 2011).

Bij aanvang van het onderzoek in 1998 selecteerden we een groep van 1768 personen van 65 jaar en ouder, die op dat moment een representatief beeld van de Nederlandse ouderen bood. Door uitval van panelleden kan dat beeld in de daaropvolgende veertien jaar afgeveken zijn. Deze uitval is echter gering. De uitval door overlijden is groter en volgt hetzelfde patroon als de CBS-trends in sterfte onder 65-plussers. In deze studie volgen we dus een grote groep ouderen die een afspiegeling vormt van de Nederlandse 65+-populatie, maar hoe dicht we die naderen is niet bekend. Bijlage 1 bevat een uitgebreide verantwoording van de steekproef, het panel en de representativiteit.

Tabel 2.1 toont de verdeling over de zorgtrede van de LASA-panelsteekproef van 65 jaar en ouder bij aanvang van deze studie in 1998.

Tabel 2.1

Gebruik van zorg en ondersteuning naar zorgtrede, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998/'99 (gewogen, in procenten)

		(n)	%
1	geen of alleen huisarts	(288)	16,3
2	medisch specialist en/of ziekenhuis	(263)	14,9
3	informele/particuliere zorg	(351)	19,9
4	woningaanpassing	(231)	13,1
5	welzijnsvoorziening	(288)	16,3
6	professionele huishoudelijke zorg thuis	(178)	10,0
7	professionele persoonlijke zorg thuis	(74)	4,2
8	verzorgings- of verpleeghuiszorg	(95)	5,4
	totaal	(1768)	100

Bron: VU (LASA'98/'99)

In tabel 2.2 is een overzicht gegeven van het gebruik van de onderliggende zorgvormen binnen elke zorgtrede. Gestuurd door de constructie van de zorgtrede is hier te zien dat men op geen enkele zorgtrede een zwaardere zorgvorm gebruikt, maar mogelijk wel een lichtere zorgvorm. Bijvoorbeeld: van degenen die informele/particuliere zorg ontvangen (100%), heeft 48% contact met medisch specialisten of ziekenhuis en heeft 79% de huisarts in de afgelopen maanden bezocht.

Tabel 2.2
Gebruik van zorgtreden naar afzonderlijke zorgvormen, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998/99 (gewogen, in procenten)

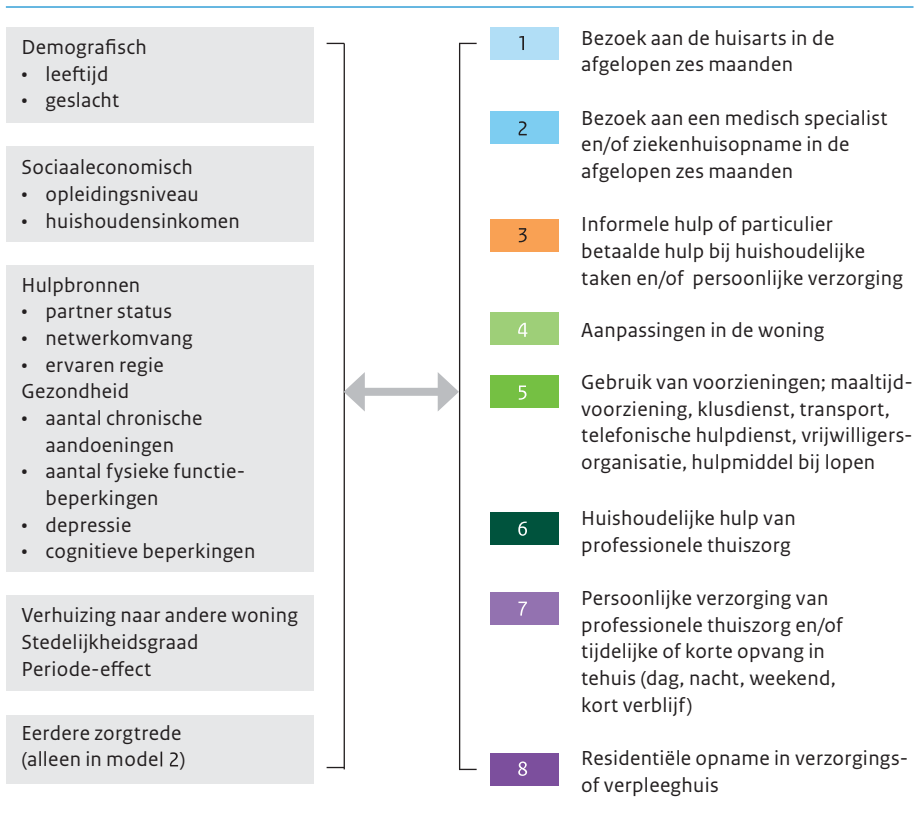
	zorgtrede							
	1	2	3	4	5	6	7	8
	geen of alleen huis- arts	med. spec. en/of zieken- huis	informele/ particu- liere zorg	woning- aanpas- sing	welzijns- voor- ziening	prof. huish. zorg thuis	prof. pers. zorg thuis	te- huis totaal
huisarts	69	90	79	84	87	86	89	88
medisch specialist en/of ziekenhuis		100	48	51	58	61	63	42
inform./partic. zorg thuis			100	58	59	21	55	31
woningaanpassing				100	47	55	64	77
welzijnsvoorziening					100	62	82	87
professionele huishoudelijke hulp						100	51	0
professionele persoonlijke verzorging							100	0
tehuis								100
								5

Bron: vu (Lasa '98/99)

Op basis van in de eerdere studie (Van Campen et al. 2013) gevonden significante en relevante voorspellers van individuele zorgtrajecten van 65-plussers, is een selectie van determinanten van zorgtrede(n) gemaakt. Deze zijn onderverdeeld in de drie categorieën demografisch, sociaaleconomisch, hulpbronnen en gezondheid (zie figuur 2.2). Een periode-effectvariabele is opgenomen als een proxy van veranderingen in beleid en samenleving, die niet door de veranderingen in de andere variabelen voorspeld worden. Bijlage 2 bevat de operationalisering van deze variabelen in het LASA-bestand.

Figuur 2.2

Conceptueel model



In deze dataset kunnen we berekenen hoe veranderingen in zorg en ondersteuning, demografie, sociaaleconomische positie, gezondheid, psychosociale hulpbronnen en andere factoren effect hebben op de verdeling van het zorggebruik in de oudere bevolking.

Er zijn twee empirische modelvarianten ontwikkeld:

- 1 een modelvariant van zorgtrajecten van groepen, die wordt gebruikt voor beschrijvende doeleinden (model 1);
- 2 een voorspellende modelvariant voor ex ante beleidsevaluatie (model 2).

Het beschrijvende model 1 van zorgtrajecten laat het beloop zien van zorgtrajecten van verschillende groepen ouderen (bv. mannen en vrouwen, laag- en hooggeleiden, mensen met kleine en grote sociale netwerken, mensen met en zonder dementie). Daarbij is gecontroleerd voor periode-effecten waaronder beleidsveranderingen en maatschappelijke gebeurtenissen tijdens de observatieperiode. Een voorbeeld is de invoering van het begrip ‘gebruikelijke zorg’,¹ dat fungeerde als drempel voor het gebruik van professionele zorg aan huis. Een ander voorbeeld zijn de tijdelijke budgetten om wachtlijsten in de thuiszorg weg te werken. Zo verkrijgen we een betere schatting van de werkelijke zorgtrajecten en is generalisatie naar andere perioden dan die tussen 1998 en 2012 mogelijk. Daarmee krijgen we een beter beeld van de manier waarop zorgtrajecten van specifieke groepen ouderen in het algemeen, dus ook in de komende jaren, zouden kunnen verlopen.

Met het voorspellende model voor ex ante beleidsevaluatie (model 2) gaan we nog een stapje verder. Met de beschikbare dataset en de voorhanden zijnde analysetechnieken kwamen we uit op een model dat de zorgtreden van ouderen kan voorspellen op basis van de zorgtreden² en persoonskenmerken van drie jaar eerder (zie bijlage 3 voor een technische verantwoording).

De belangrijkste verschillen tussen model 1 en 2, die op dezelfde dataset zijn gebaseerd, zijn dat model 1 gaat over een periode van veertien jaar (1998-2012) en model 2 over een periode van drie jaar (ofwel 4 x 3 jaar); model 1 beschrijft de situatie van vijf momenten op basis van de persoonskenmerken op dat moment en model 2 voorspelt de situatie over drie jaar op basis van de persoonskenmerken en het zorggebruik op dat moment; daarnaast maakt model 2 gebruik van voorgenomen beleidsinterventies.

Noten

- 1 Met gebruikelijke zorg wordt bedoeld dat de hulpbehoevende eerst zijn sociale netwerk aanspreekt en pas wanneer deze niet voorradig was, wordt huishoudelijke zorg geïndiceerd.
- 2 Zorgtrede 8, verzorgingshuis/verpleeghuis, kon niet opgenomen worden in het model vanwege een te laag aantal respondenten in deze categorie tijdens cyclus 1.

3 Diversiteit in ouder worden met zorg

Er is een grote verscheidenheid in de gezondheidstoestand en woonomgeving van ouderen (Van Campen, Kooiker en De Boer 2016; Van Campen 2011; Doekhie et al. 2014; Doortzen en Meurs 2015; Galenkamp et al. 2012; Kok et al. 2015; De Lange en Witter 2014; Plaisier et al. 2011; Vermeij en Steenbekkers 2015). Welke diversiteit in het ouder worden met zorg zien we tussen sociale groepen? In hoeverre blijven vrouwen bijvoorbeeld langer zelfstandig wonen dan mannen? Hoe verschillen de zorgtrajecten van lager en hoger opgeleiden, van ernstig en minder ernstig zieken, van paren en alleenstaanden? Deze en andere groepen hebben verschillende hulpbronnen, wat mede bepaalt hoe ze ouder worden en welke zorg ze gebruiken. In dit hoofdstuk beantwoorden we de volgende vragen voor de verschillende bevolkingsgroepen.

- Welke zorg en ondersteuning hebben verschillende bevolkingsgroepen 65-plussers bij het ouder worden?
- Zijn er verschillen tussen groepen 65-plussers in het langer zelfstandig wonen?

Bij de beantwoording van deze vragen maken we gebruik van het eerste model (zie hoofdstuk 2). Dit model berekent zorgtrajecten van groepen in de 65+-bevolking. Het zorgtraject van een (bevolkings)groep bestaat uit de verdeling van de groep over zorgtrede(n) op vijf opeenvolgende momenten in de periode 1998-2012.

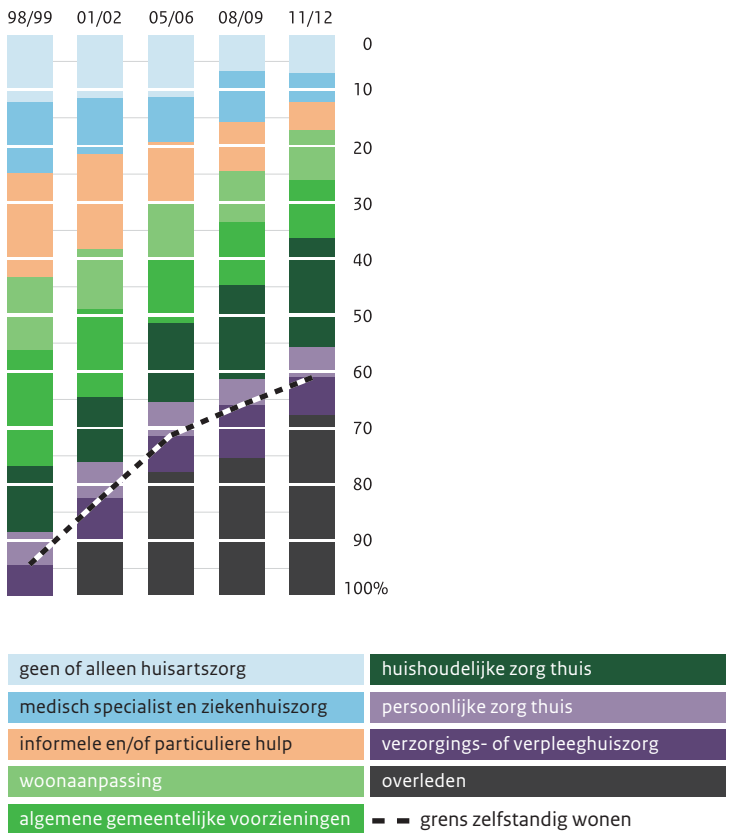
In het onderzoek nemen we 1998 als aanvangspositie. Vanzelfsprekend zijn er dan al verschillen naar individuele kenmerken, zoals naar sekse, leeftijd, opleidingsniveau en gezondheid. De aanvangsstatus bepaalt mede op welke zorgtrede iemand in 1998 staat en hoe zich dit verder kan ontwikkelen. Daarom laten we in de volgende grafieken de zorgtrajecten zien van verschillende groepen. We onderscheiden de zorgtrajecten naar verschillende persoonskenmerken: sekse, sociaaleconomische status, ervaren regie, sociaal netwerk en gezondheid. De modelaanpak heeft als voordeel boven een ruwe beschrijving van de data doordat gecontroleerd is voor de andere kenmerken in het model. Daardoor kunnen verschillen en effecten zuiverder in beeld gebracht worden.¹

In Figuur 3.1 geeft een globaal beeld van de uitkomsten van het model² en laat zien hoe de ouder wordende Lasa panelsteekproef zwaardere vormen van zorg gaat ontvangen in de periode 1998-2012.

Figuur 3.1 laat zien dat respondenten van 65 jaar en ouder in een periode van dertien tot veertien jaar meer en zwaardere zorg gaat gebruiken. Ontving in 1998 12% van de 65+-bevolking geen zorg of alleen huisartsenzorg, veertien jaar later is dit aandeel gedaald naar 7% in hetzelfde cohort, dat dan 78+ jaar is. Het aandeel bewoners van een verzorgings- of verpleeghuis nam in deze periode toe van 6% tot 7%. Deze stijging bleef beperkt, doordat 32% van de mensen overleed in deze periode.³

Figuur 3.1

Zorggebruik van de bevolking van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (procenten, n = 1373 in 1998, n = 5611 in totaal (5 cycli))



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

Mannen en vrouwen

Zodra we de beschrijving in figuur 3.1 splitsen naar groepen, zien we verschillen in zorgtrajecten, bijvoorbeeld van mannen en vrouwen. Het is bekend dat vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen en ze zijn dan ook vaker verweduwd dan mannen. Ook hebben ze vaker een chronische aandoening (zie www.volksgezondheidenzorg.info). In andere woorden, ouder worden voor vrouwen gaat vaker gepaard met gezondheidsproblemen en

ze staan er vaker alleen voor. Wat betekent dat voor hun zorgtrajecten? Hoe verschillen vrouwen en mannen in het met zorg en ondersteuning ouder worden?

Ten eerste zou men verwachten dat vrouwen langer zelfstandig blijven wonen dan mannen, omdat ze ouder worden. Ten tweede zou men verwachten dat vrouwen zelfstandig wonen op zwaardere zorgtrede dan mannen. Om dit te onderzoeken, tonen we in figuur 3.2 schattingen van de zorgtrajecten van 65+-mannen en -vrouwen in de periode 1998-2012, waarbij gecontroleerd is voor andere kenmerken zoals geboortjaar, huishoudensvorm, opleiding en gezondheid.

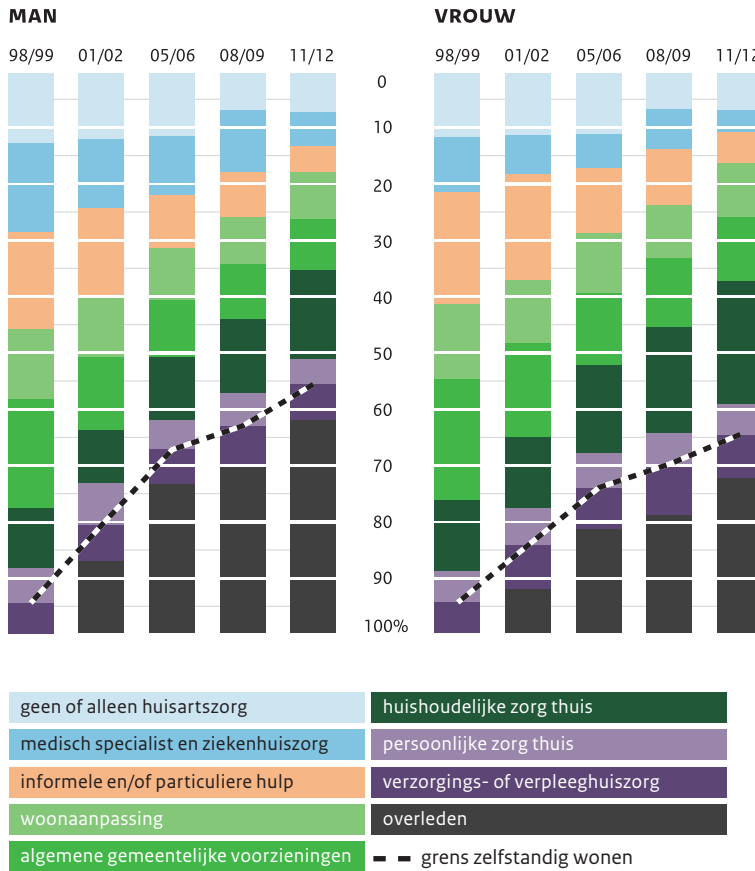
Allereerst bevestigt en preciseert figuur 3.2 het bekende gegeven dat mannen eerder overlijden dan vrouwen. Na zes jaar is 38% van de mannen en 28% van de vrouwen overleden. Daarnaast lijken mannen minder gebruik te maken van voorzieningen, behalve van medisch specialisten.

Vrouwen wonen inderdaad langer zelfstandig. Het aandeel zelfstandig wonende mannen van 65 jaar en ouder daalt in veertien jaar van 94% naar 56%; bij vrouwen is de daling minder sterk: van 94% naar 65%. In de grafiek is dat terug te zien in de steilere stijging van de stippellijn bij mannen. Rekening houdend met de verschillende aanvangssituaties blijven vrouwen langer zelfstandig wonen dan mannen.

Mannen en vrouwen verschillen voorts in aanvang en verloop van zorgtrajecten. Bij de aanvang in 1998 vinden we meer mannen op zorgtrede 2, medisch-specialistische zorg, en meer vrouwen op zorgtrede 3, informele en particuliere hulp. Op de andere zorgtrede zijn de verschillen klein bij aanvang. In het traject na de aanvang zien we mannen een ander zorgtraject volgen dan vrouwen, waarbij vrouwen langer zelfstandig blijven wonen. Vrouwen redden zich bijvoorbeeld lang thuis met een combinatie van huishoudelijke verzorging en andere Wmo-voorzieningen.

Figuur 3.2

Zorggebruik van mannen (n = 626 in 1998) en vrouwen (n = 747 in 1998) van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

3.1 Gezondheid

Gezondheid staat centraal in het ouder worden en het gebruik van zorg; het is een algemeen streven om gezond ouder te worden.

Uit de veelheid van gezondheidsindicatoren kozen we er drie die een sterke relatie hebben met langer zelfstandig wonen: multimorbiditeit, fysieke beperkingen en dementie.

We stellen de groepen vast bij aanvang van de periode in 1998 en volgen ze dan tot 2012.⁴

3.1.1 Multimorbiditeit

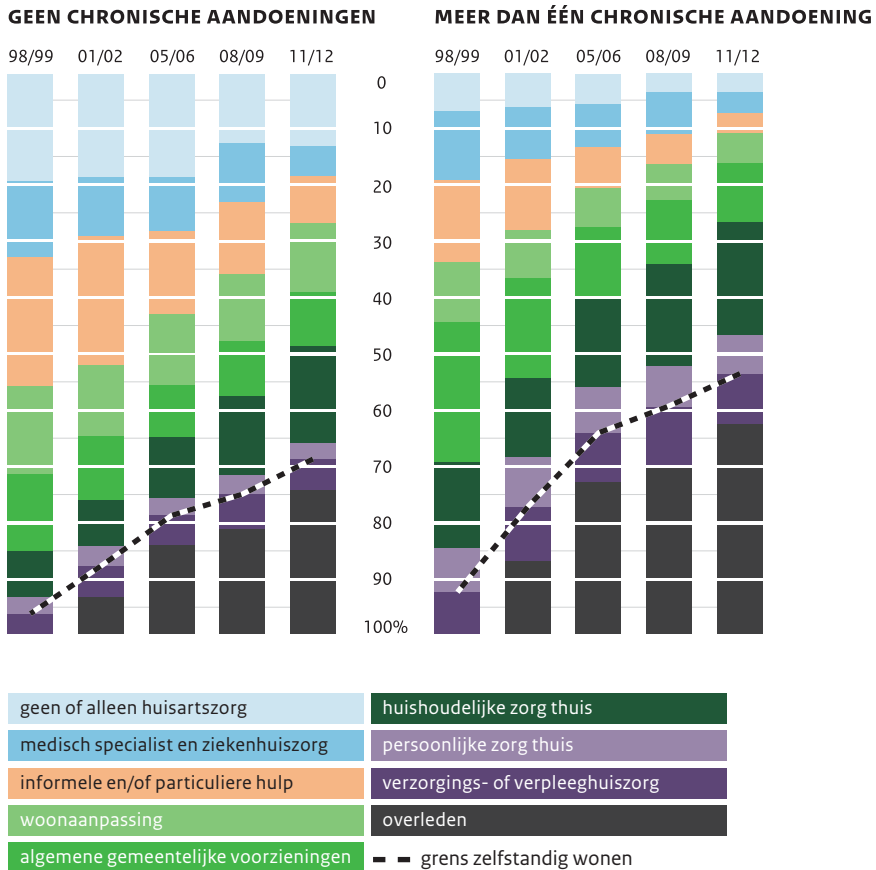
Multimorbiditeit is de aanwezigheid van meer dan een chronische aandoening in één persoon (vgl. Zantinghe et al. 2011). Bekend is dat personen met multimorbiditeit naarmate ze ouder worden zwaardere zorg gaan ontvangen dan personen met een of geen aandoening. De vraag is hoe snel het zorggebruik toeneemt en hoe lang deze mensen zelfstandig blijven wonen.

Figuur 3.3 laat zien dat multimorbiditeit een drastisch effect heeft op het zelfstandig blijven wonen. Wonen in 1998 negen van de tien personen met multimorbiditeit nog zelfstandig, in 2012 is dat nog maar de helft; 9% woont dan in een verzorgings- of verpleeghuis en 38% is overleden. Ter vergelijking: van degenen die in 1998 nog geen chronische aandoening hebben, woont in 2012 nog driekwart zelfstandig; 5% woont in een verzorgings- of verpleeghuis en 26% is overleden.

Ook het gebruik van zorg is voor de groep met multimorbiditeit een stuk ongunstiger. Na zes jaar is de helft van de mensen al gedaald naar zorgtrede 6, huishoudelijke hulp, terwijl de helft van de andere groep het nog redt op zorgtrede 4, woningaanpassing. Na veertien jaar heeft de helft van de eerste groep zorgtrede 7, persoonlijke verzorging thuis, bereikt.

Figuur 3.3

Zorggebruik van 65-plussers zonder (n = 313) en met meer dan een chronische aandoening^a (n = 503), 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/99.

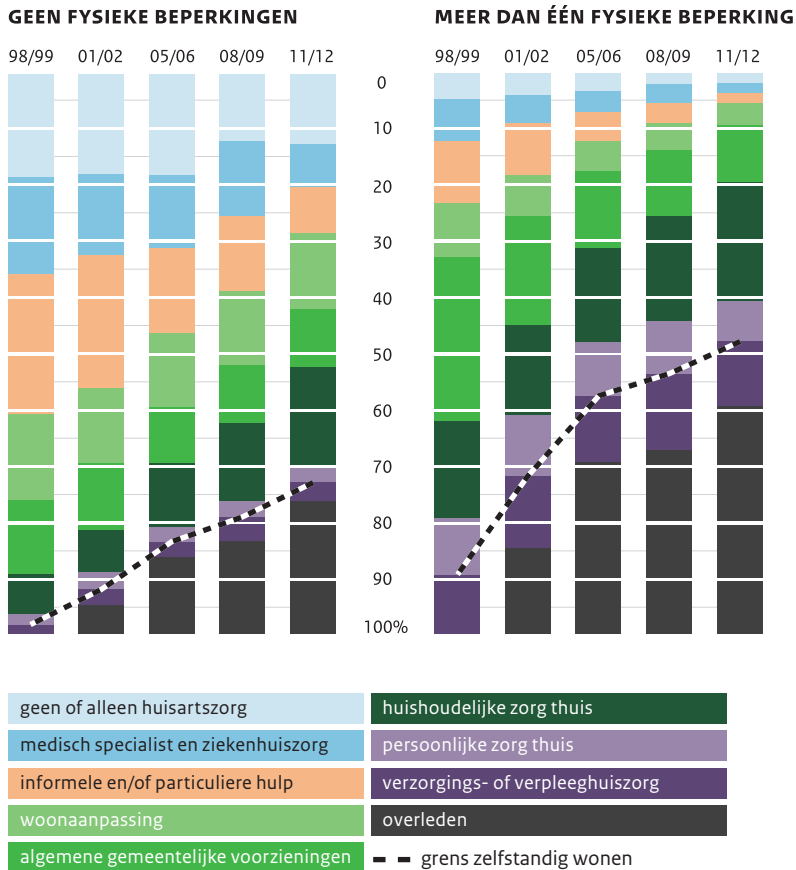
Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

3.1.2 Fysieke beperkingen

Funciebeperkingen zijn te definiëren als de moeite die iemand ondervindt bij het uitvoeren van activiteiten (De Klerk et al. 2006). Het aandeel ouderen met een beperking neemt toe naarmate zij ouder worden. De effecten van fysieke beperkingen zijn vergelijkbaar met die van multimorbiditeit en laten een nog sterker verschil tussen de twee groepen zien (figuur 3.4). Een verschil is dat fysieke beperkingen wel en multimorbiditeit geen interactie heeft met het langer zelfstandig wonen in de tijd. Mensen met fysieke beperkingen wonen minder lang zelfstandig doordat zij eerder overlijden.

Figuur 3.4

Zorggebruik van 65-plussers zonder (n = 552) en met twee of meer fysieke beperkingen^a (n = 552), 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/99.

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

3.1.3 Dementie

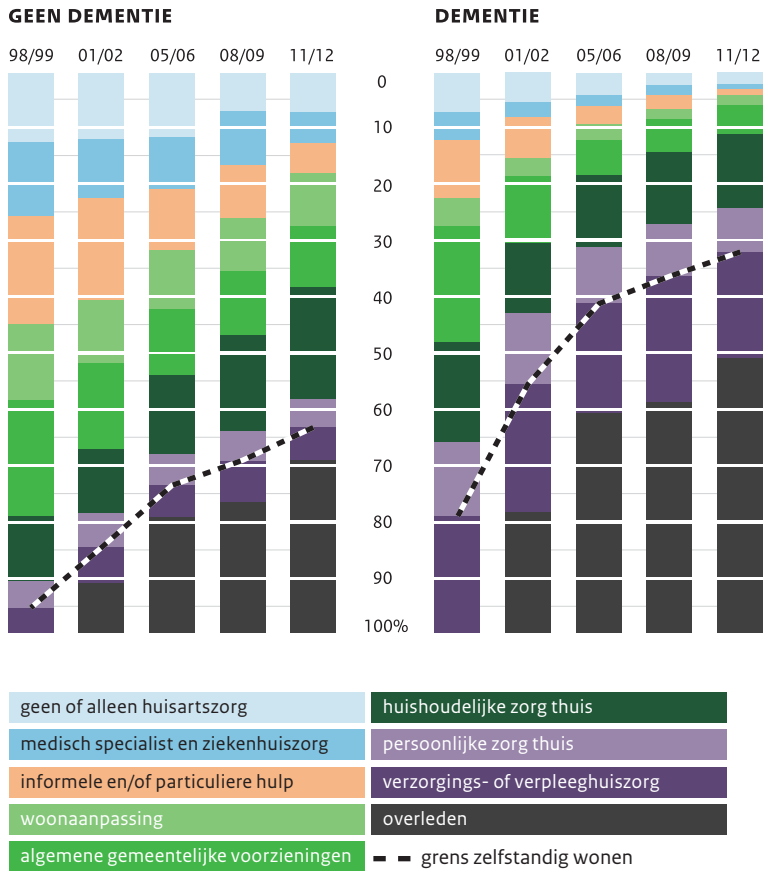
Dementie is een van de grootste bedreigingen voor het zelfstandig blijven wonen van ouderen, zo wordt gesteld in het Deltaplan dementie.⁵ Een methode die veel gebruikt wordt om cognitief functioneren vast te stellen, is de Mini-mental state examination (MMSE) (Tombaugh en McIntyre 1992).

Op grond van deze inzichten is te verwachten dat de groep met dementie binnen enkele jaren wordt opgenomen in een verpleeghuis en sneller zorgtrede 8, verzorgings- en verpleeghuizen, bereikt (zie ook Bakker et al. 2013). Wij vroegen ons af hoeveel sneller ze verhuizen naar een verpleeghuis dan mensen zonder dementie, wanneer we andere factoren zoals huishoudensvorm, multimorbiditeit en sociaal netwerk constant houden. In figuur 3.5 zijn de 65-plussers bij aanvang van het onderzoek gesplitst in twee groepen op basis van de MMSE-score en gevolgd tot 2012. De groep met een MMSE kleiner dan of gelijk aan 23 is aangeduid als de groep met dementie, de andere groep als die zonder dementie.

Figuur 3.5 laat zien dat bij aanvang acht op de tien personen met dementie nog zelfstandig woont; na drie jaar is dit nog zes op de tien personen, na zes jaar vier op de tien personen en na veertien jaar woont een van de drie personen in deze groep nog zelfstandig. Ook mensen met een laag cognitief vermogen blijven voor een deel lang zelfstandig wonen. Ze hebben natuurlijk wel een grotere kans om langdurig opgenomen te worden in een periode van veertien jaar: ongeveer tweemaal zoveel kans als mensen zonder dementie in 1998 (32% vs. 63%, niet in figuur).

Figuur 3.5

Zorggebruik van 65-plussers zonder (n = 1247) en met cognitieve stoornissen^a (dementie; n = 126), 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/'99.

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

3.2 Hulpbronnen

3.2.1 Groepen met lage en hoge sociaaleconomische status

Ouderen uit groepen met een lage sociaaleconomische status zijn kwetsbaarder dan die met een hogere sociaaleconomische status (Hoogendijk et al. 2014). De levensverwachting van de eersten is lager en ze hebben vaker gezondheidsproblemen (Marmot 2013). Ouderen met een laag opleidingsniveau of met een laag inkomen blijken een grotere kans te hebben op overlijden, op opname in een instelling, en op het krijgen van functionele beperkingen (Broese van Groenou et al. 2003; Huisman et al. 2003). Hoe vertalen deze verschillende uitgangspunten zich in hun zorgtrajecten? Figuur 3.6 toont een vergelijking van de laagste (< 20%) en de hoogste (> 80%) inkomensgroep in de inkomensverdeling.

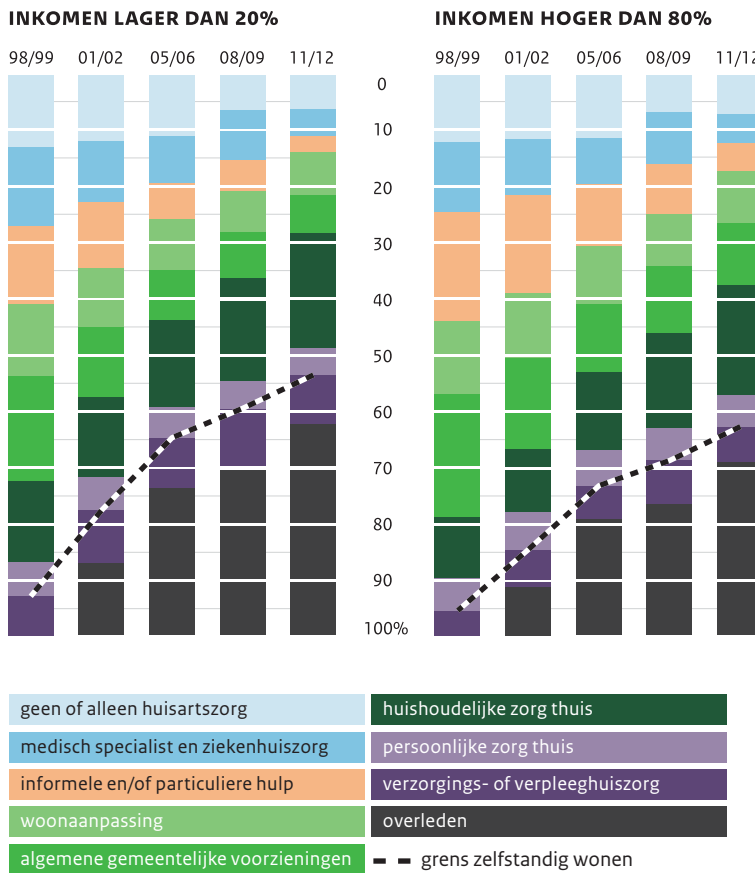
In figuur 3.6 zien we de uit de onderzoeksliteratuur bekende sociaaleconomische verschillen in levensverwachting en zorggebruik terug. Nieuw is de voortgang over zorgtrede van de lage- en hoge-inkomensgroepen. Het was reeds bekend dat mensen met een laag inkomen eerder overlijden: in ons onderzoek is dit 38% na veertien jaar, tegenover 31% van de mensen met een hoog inkomen. De figuur laat echter ook zien dat mensen met een hoog inkomen langer zelfstandig blijven wonen. De daling in zelfstandig wonen is bij hen minder scherp (van 95% in 1998 naar 63% in 2012) dan bij de mensen met een laag inkomen (van 92% in 1998 naar 53% in 2012). Zelfs als we rekening houden met het verschil in aanvangssituatie in 1998 zien we dat mensen met een laag inkomen sneller opgenomen worden in een zorginstelling en eerder overlijden. In 1998 is het percentage personen met een laag inkomen dat in een verzorgings- of verpleeghuis woont hoger dan onder mensen met een hoog inkomen (8% vs. 5%).

De mediaan van de lage-inkomensgroep in 1998 ligt op zorgtrede 4, woningaanpassing, en in 2012 op zorgtrede 7, persoonlijke verzorging thuis. Deze groep daalt dus drie zorgtrede in veertien jaar. De mediaan van de hoge-inkomensgroepen ligt in 1998 eveneens op trede 4; zij dalen echter een zorgtrede minder in veertien jaar, naar zorgtrede 6, huishoudelijke hulp.

Verder valt op dat een groot deel van de hoge-inkomensgroepen op zorgtrede 3, informele en/of particuliere hulp, blijft en dat een groot deel van de lage-inkomensgroepen blijft op de lagere en dus zwaardere zorgtrede 4, huishoudelijke hulp. Dit zou erop kunnen wijzen dat hoge-inkomensgroepen zich langer zelfstandig redden met informele en particuliere hulp en dat lagere-inkomensgroepen sneller gemeentelijke voorzieningen en huishoudelijke hulp ontvangen naarmate ze ouder worden. Doordat het model controleert voor andere kenmerken, zoals leeftijd en gezondheid, is dit effect uitsluitend aan inkomensverschillen toe te schrijven.

Figuur 3.6

Zorggebruik van lage- (n = 213) en hoge-inkomensgroepen (n = 346) bij 65-plussers, 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

3.2.2 Ervaren regie over het leven

Het versterken van de eigen kracht, regie en maatschappelijke participatie van kwetsbare individuen heeft een lange traditie in de langdurige zorg. *Empowerment* is een proces van versterking, waarbij individuen, organisaties en gemeenschappen greep krijgen op de

eigen situatie en hun omgeving via het verwerven van greep op het leven, het aanscherpen van kritisch bewustzijn en het stimuleren van participatie (Van Regenmortel 2002). Het gevoel van eigen regie (*perceived mastery of locus of control*) is de mate waarin een persoon ervaart gebeurtenissen zelf te beheersen. Dit is een belangrijke vaardigheid die mensen in staat stelt om met tegenslagen om te gaan (*coping*). Het gevoel van regie te hebben vermindert stress en bevordert het welbevinden van personen (Moser en Dracup 1995). Het concept *perceived mastery (locus of control)* betreft het gevoel dat je zelf invloed op je leven en omgeving uitoefent en is de tegenhanger van het gevoel dat alles je overkomt (Pearlin en Schooler 1978).

In longitudinale studies is eerder het effect onderzocht van eigen regie, gemeten met de *mastery*-schaal, op het gebruik van informele en formele zorg. De onderzoeksvraag was in welke mate transities in zorggebruik afhankelijk zijn van de mate van regie. Uit eerder onderzoek van SCP en VU (AVO/LASA; Geerlings et al. 2004) was gebleken dat ouderen met een laag gevoel van eigen regie meer kans hadden op een transitie van geen zorg naar thuiszorg maakten. Een latere LASA-studie (Deeg 2010) bevestigt dat ouderen met een laag gevoel van eigen regie meer kans hebben op de transitie van geen enkele zorg naar professionele zorg.

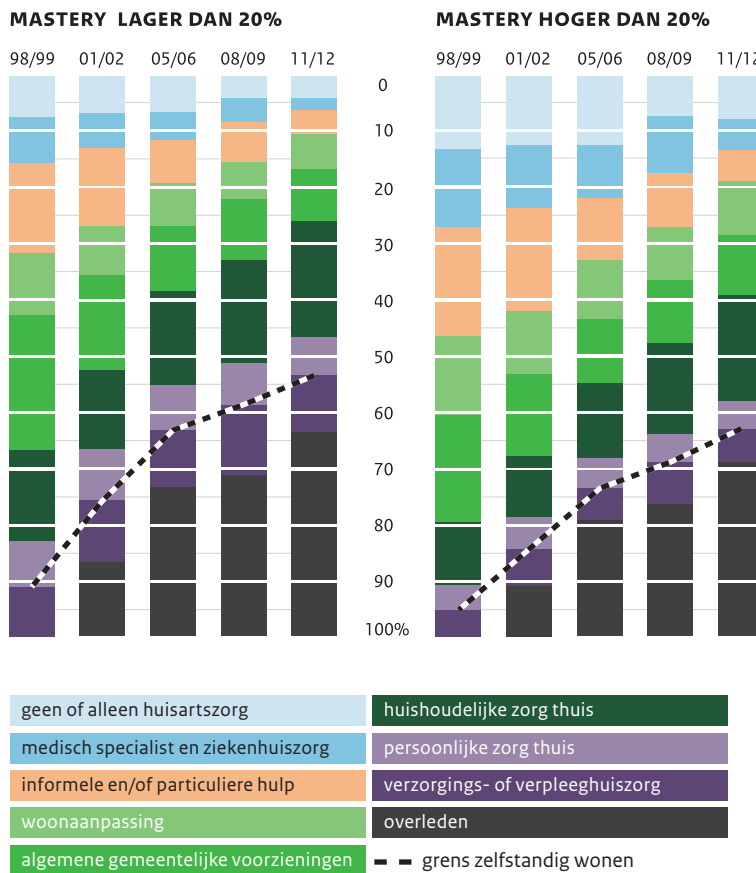
In deze studie letten we vooral op de overgang van zelfstandig wonen met zorg naar een langdurig verblijf in een verpleeg- of verzorgingshuis. In figuur 3.7 onderscheiden we personen met een hoge dan wel lage ervaren regie in 1998. Hoe ontwikkelde hun zorggebruik zich in de veertien jaar daarna? De verwachting is dat mensen met een groter gevoel van eigen regie beter hun informele zorg regelen en mensen met weinig regie eerder professionele zorg ontvangen. Een andere verwachting is dat mensen die meer regie ervaren over hun leven, bijvoorbeeld beter hun zorg kunnen organiseren en daardoor langer zelfstandig kunnen blijven wonen dan personen die minder het gevoel hebben dat ze de regie hebben over hun leven. In hoeverre worden deze verwachtingen bevestigd of weersproken in de zorgtrajecten van ouderen?

Personen die weinig regie ervaren, blijven minder lang zelfstandig wonen dan personen die meer regie ervaren (figuur 3.7). Het aandeel zelfstandig wonende personen daalt in de groep die weinig regie ervaart in veertien jaar sterker (van 92% naar 53%), dan in de groep die meer regie ervaart (van 96% naar 63%). Bijna de helft van de 65-plussers die weinig regie ervaren, woont veertien jaar later niet meer zelfstandig. Dat is bijna anderhalf keer zoveel als bij de mensen die meer regie ervaren.

Zijn personen die meer regie ervaren ook beter in het organiseren van informele zorg (in combinatie met kortdurende medische zorg)? In 1998 bevindt ongeveer een op de twee personen zich op zorgtrede 3, informele hulp, of een lichtere trede; na veertien jaar is dat nog een op de vijf personen. Personen die weinig regie ervaren, passeren vaker de trede van informele hulp: bij aanvang verblijft een van de drie op de trede informele zorg of lager en na veertien jaar is dat een op de tien. Dit bevestigt de verwachting dat mensen die minder regie ervaren minder lang hun zorg informeel kunnen organiseren.

Figuur 3.7

Zorggebruik van 65-plussers met laag (n = 303) en hoog ervaren regie^a (n = 1070), 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/99.

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

Gaan personen die weinig regie ervaren vaker professionele zorg gebruiken? Als meetpunt nemen we zorgtrede 6, langdurige professionele huishoudelijke zorg (via de gemeente). We bekijken hoeveel personen deze trede in veertien jaar bereiken. Van de personen met weinig regie bevindt in 1998 een op de drie zich op deze of een zwaardere trede; na veertien jaar is dit aandeel toegenomen tot driekwart van de groep. Van de personen die meer

regie ervaren gaat het om een van de vijf in 1998 en zes van de tien na veertien jaar. We kunnen concluderen dat personen die weinig regie ervaren vaker langdurige professionele zorg ontvangen dan personen die meer regie ervaren.

3.2.3 Kleine en grote sociale netwerken

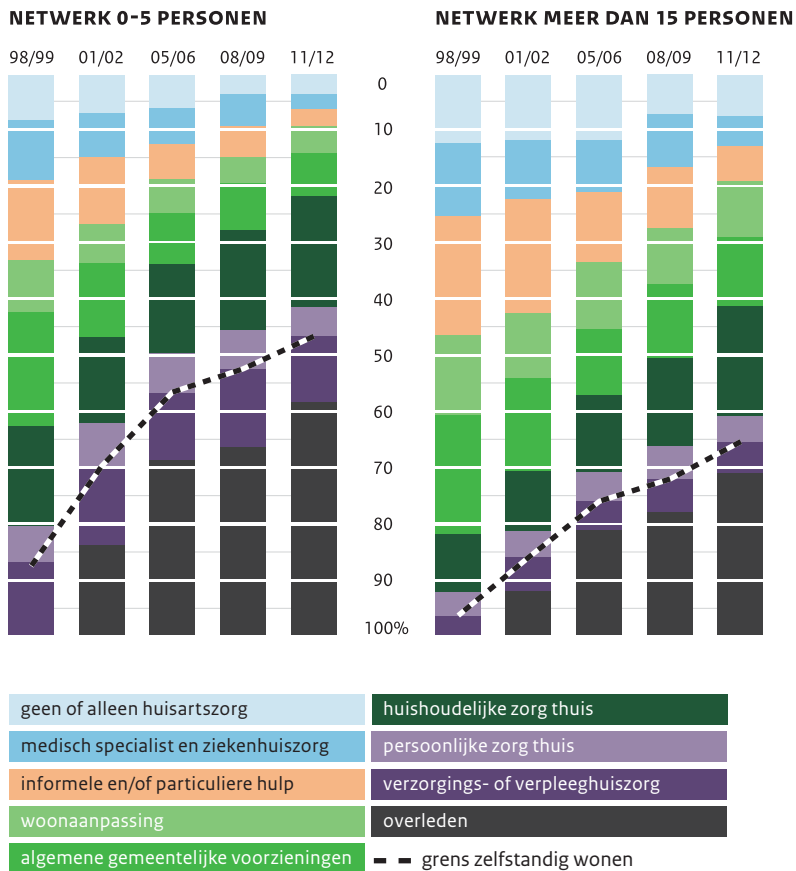
Hoe groter het sociale netwerk, hoe meer sociale steun mensen kunnen ontvangen uit de omgeving. Een groot netwerk kan dus, door de steun die het oplevert, de gezondheid van ouderen bevorderen (Berkman et al. 2000). Ook verkleint een groot netwerk de kans op eenzaamheid (Broese van Groenou en Van Tilburg 2007; Fokkema en Dykstra 2009). Naast de grootte van het netwerk is ook de frequentie van de sociale contacten positief van invloed op de gezondheid van ouderen (Croezen 2010). Dit komt doordat de omvang en diversiteit van het sociale netwerk indicatoren zijn voor de beschikbaarheid van informele hulp. Vooral de aanwezigheid van een partner en van kinderen in de buurt draagt bij aan het ontvangen van informele hulp (Suanet et al. 2012). Daarentegen draagt de afwezigheid van een partner er in sterke mate toe bij dat men professionele hulp krijgt, zelfs als er informele hulp van kinderen beschikbaar is (Broese van Groenou et al. 2016). Op grond van deze inzichten verwachten we dat personen met een groter sociaal netwerk langer zelfstandig blijven wonen. Dat is aannemelijk, maar hoe groot zijn de verschillen en in welk tempo nemen ze toe? Tevens verwachten we dat zij langer op trede 3, informele hulp, of een hogere trede blijven.

Op basis van eerdere analyses zijn drie netwerkcategorieën bepaald: klein (0-5 personen), middelgroot (6-14 personen) en groot sociaal netwerk (> 14 personen). In figuur 3.8 vergelijken we de zorgtrajecten van de personen met een klein en een groot sociaal netwerk. De omvang van het netwerk kan natuurlijk veranderen in de tijd. De groepen zijn ingedeeld bij aanvang van de onderzoeksperiode in 1998. De figuur laat dus veranderingen door de tijd heen zien op grond van de aanvankelijke netwerkvang. Veranderingen in het sociale netwerk zelf blijven hier buiten beschouwing.

Draagt een groot sociaal netwerk bij tot langer zelfstandig wonen? Het aandeel zelfstandig wonenden in de groep met een groot sociaal netwerk daalde in de periode 1998-2012 van 96% naar 66%. Bij personen met een klein sociaal netwerk is de daling groter: van 88% naar 47%. Dat heeft ook te maken met het feit dat onder degenen met een klein netwerk, het aandeel dat overlijdt relatief groot is.

Een groot sociaal netwerk zou een belangrijke bron van informele hulp moeten zijn en de verwachting is dan ook dat de groep met een groot sociaal netwerk langer verblijft op zorgtrede 3, informele hulp, en dat de groep met een klein sociaal netwerk eerder naar zwaardere zorgtrede gaat, en gemeentelijke voorzieningen (zorgtrede 5) en professionele thuiszorg (zorgtrede 7) gaat ontvangen.

Figuur 3.8
 Zorggebruik van 65-plussers met een klein (n = 166) en een groot (n = 549) sociaal netwerk,^a 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/'99.

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

Figuur 3.8 bevestigt de verwachtingen en geeft aan in welke mate dit het geval is. Woont in 1998 een op de drie personen met een klein netwerk nog zelfstandig, met een combinatie van informele hulp en eventueel kortdurende medische zorg (zorgtrede 3, informele hulp, en lichtere treden), veertien jaar later redt nog maar een op de tien zich hiermee.

Veel meer personen met een groot sociaal netwerk lukt het wel om zelfstandig te wonen en zij doen dit ook langer. In 1998 redt bijna de helft zich met een combinatie van informele hulp en medische zorg; veertien jaar later zijn dat er twee op de tien, dus tweemaal zoveel als in de groep met een klein netwerk.

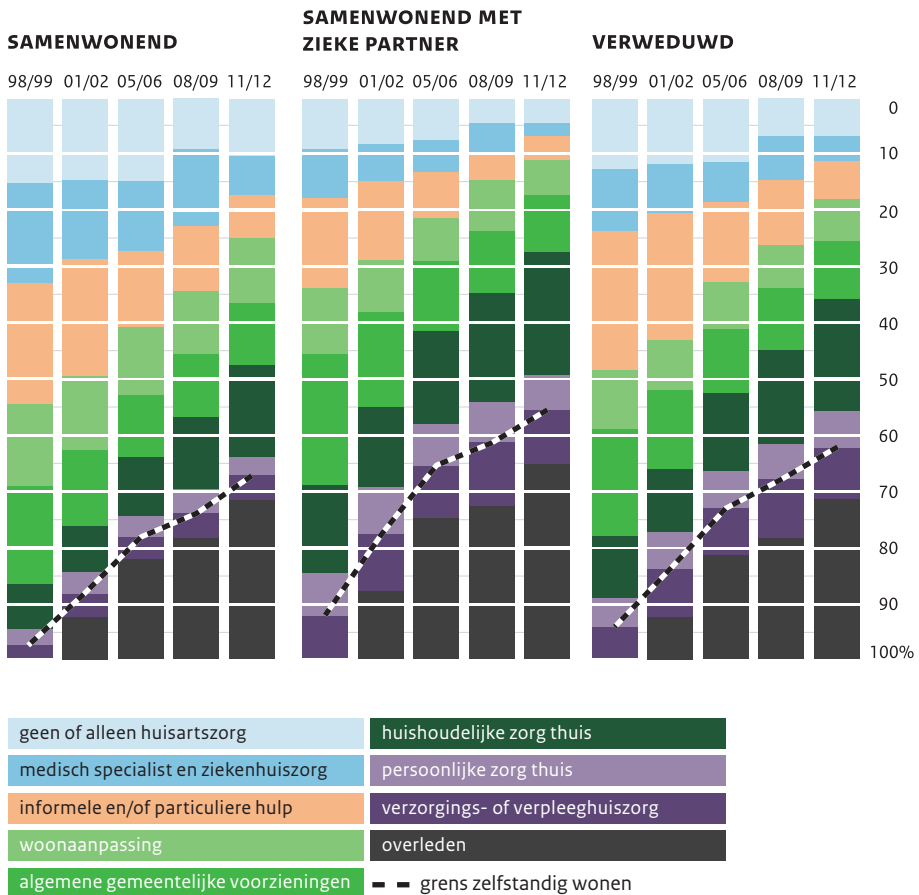
3.2.4 Aanwezigheid van partner

Voor het ontvangen van informele hulp is naast het sociale netwerk ook de aanwezigheid van een partner van belang. Als de partner ziek is, kan dit een extra belasting voor het huishouden betekenen, waardoor mensen minder lang zelfstandig zouden kunnen blijven wonen. Figuur 3.9 geeft voor drie groepen weer met welke zorg mensen zelfstandig blijven wonen: mensen met een partner, met een zieke partner en verweduwen. De groepen zijn weer bij aanvang van het onderzoek in 1998 vastgesteld.

Uit figuur 3.9 blijkt dat samenwonende ouderen langer zelfstandig blijven wonen dan verweduwen en samenwonende ouderen met een zieke partner. In 1998 wonen bijna alle samenwonenden zelfstandig (97%); dit loopt in veertien jaar terug tot 67%. Verweduwen wonen in 1998 iets minder vaak zelfstandig (94%) en dit loopt terug tot 62% in 2012.⁶ Hetzelfde geldt voor samenwonende ouderen met een zieke partner; bij hen neemt het aandeel zelfstandig wonenden af van 92% tot 56%.

Figuur 3.9

Zorggebruik van 65-plussers samenwonend met een partner (n = 572), met een zieke partner (n = 741) en verweeduwen (n = 34),^a 1998-2012 (procenten)



De stippellijn geeft de grens weer tussen het percentage 65-plussers dat zelfstandig woont (boven de stippellijn) en de percentages verzorgings- en verpleeghuisbewoners en overledenen (onder de stippellijn).

a Bij aanvang van de studie in 1998/99.

Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

Noten

- 1 De resultaten tonen verschillen tussen groepen die gecontroleerd zijn voor andere kenmerken. Dit laat bijvoorbeeld in de grafiek met het verloop van zorgtreden door mannen en vrouwen een zuiverder verschil tussen mannen en vrouwen zien, doordat er gecontroleerd is voor het feit dat vrouwen gemiddeld ouder zijn en geen partner hebben. Tevens wordt er gecontroleerd voor leeftijdsverschillen bij aanvang (gemiddeld was bijvoorbeeld de groep vrouwen ouder dan de groep mannen), maar niet voor het ouder worden. Op deze manier is het ouder worden onderdeel van de tijdsdimensie die de navolgende grafieken laten zien. De resultaten geven een schatting van de verschillen, gecontroleerd voor alle kenmerken in het model, maar kunnen daardoor afwijken van resultaten in andere studies waarin niet of voor andere kenmerken gecontroleerd werd.
- 2 Het model werkt met volledig ingevulde datasets. Zodra een waarde op een van de meetmomenten ontbreekt, verdwijnt de respondent voor dat jaar in principe uit de analyse. Dat betekent dat van de 1768 deelnemers bij aanvang in 1998 1373 personen in het model opgenomen konden worden. Om schade aan de representativiteit te repareren zijn ontbrekende waarden geïmputeerd (zie bijlage 3).
- 3 De lichte knik in de stippellijn wordt veroorzaakt door een relatief lager aandeel sterfgevallen vóór 2005/'06 dan daarna.
- 4 Daarbij is het mogelijk dat ze gezondheidsproblemen krijgen, maar deze laten we hier nog buiten beschouwing (in § 4.2 over ex ante beleidsevaluaties nemen we dit gegeven wel mee in de analyses).
- 5 Zie <http://www.deltalandementie.nl/>
- 6 Het zorgtraject is gebaseerd op modelschattingen (zie bijlagen?) en niet enkel op de kleine groep van 34 verweduwden bij aanvang in 1998.

4 Sturen op gezondheid, hulpbronnen en zorg van ouderen

De overheid gebruikt verschillende instrumenten om het langer zelfstandig wonen te ondersteunen. De recente grootscheepse hervorming van de langdurige zorg ligt nog vers in het geheugen en is nog niet helemaal uitgekristalliseerd. De overheid gebruikt echter meer instrumenten, veelal kleiner van aard, zoals subsidies en projectfinanciering. Het is meestal afwachten welke uitwerking de inzet van instrumenten heeft op het met zorg ouder worden; veelal kan pas na jaren geëvalueerd worden wat de gevolgen van beleidsinstrumenten zijn geweest. Het zou handiger zijn als van tevoren al inschattingen gemaakt konden worden van de beleidseffecten. Deze zouden gemaakt kunnen worden met empirische modellen waarin het gedrag van ouderen wordt benaderd.

Daarnaast gaat het ook om prioritering. De overheid heeft diverse mogelijkheden om in te grijpen in verschillende lagen van de verzorgingsstaat, van het informeren over lokale zelfzorg door burgers tot landelijke stelselwijzigingen. Het is echter de vraag welke interventies meer of minder effect hebben. Aanwijzingen daarover uit empirisch onderzoek helpen beleidsmakers prioriteiten te stellen in het beleid.

Met behulp van ex ante beleidsevaluaties (EAB) kan beleid vooraf geëvalueerd worden. Hanemaayer (2013) definieert een ex ante beleidsevaluatie als volgt.

Een ex ante beleidsevaluatie geeft inzicht in de te verwachten doeltreffendheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid. Daarbij gaat het om het effect van beleid, niet zozeer de aard of proces. De EAB onderscheidt zich van toekomstverkenningen, scenario's en beleidsverkenningen. Toekomstverkenningen gaan bijvoorbeeld over denkbare mogelijkheden. EAB gaat over of en in welke mate beleidsdoelen gehaald zullen worden. Het aantal EAB neemt de laatste tien jaar snel toe. Driekwart is in opdracht van de Rijksoverheid.

In dit hoofdstuk verkennen we ex ante beleidsevaluaties in de langdurige zorg voor ouderen door middel van doorrekeningen met de tweede modelvariant (zie hoofdstuk 2). Dit model voorspelt op basis van persoonskenmerken en huidig zorggebruik de verdeling over zorgtrekken over drie jaar.

4.1 Effecten van mogelijke interventies aan de vraagzijde

Om het langer zelfstandig wonen te bevorderen (wat concreet neerkomt op minder mensen in een verzorgings- of verpleeghuis over drie jaar) kunnen er interventies aan de vraagzijde plaatsvinden. De effecten daarvan hebben we bij wijze van voorbeeld nagerekend. Eerst kijken we naar effecten van mogelijke interventies die multimorbiditeit, functiebeperkingen en dementie verminderen; vervolgens kijken we naar twee hulpbronnen – de ervaren regie en de omvang van het sociale netwerk. We evalueren niet de effecten van de

medische en psychosociale interventies zelf, maar gaan uit van succesvolle behandelingen en rekenen vervolgens de effecten op het zorggebruik door.

Variant 1 Afname multimorbiditeit en fysieke beperkingen

De effecten van medische behandelingen zijn uitvoerig gedocumenteerd in de medische literatuur. Daarentegen zijn de effecten op landelijk niveau minder bekend. In deze paragraaf willen we laten zien wat de mogelijkheden zijn van ex ante beleidsdoorrekeningen met veranderingen in multimorbiditeit en fysieke beperkingen.

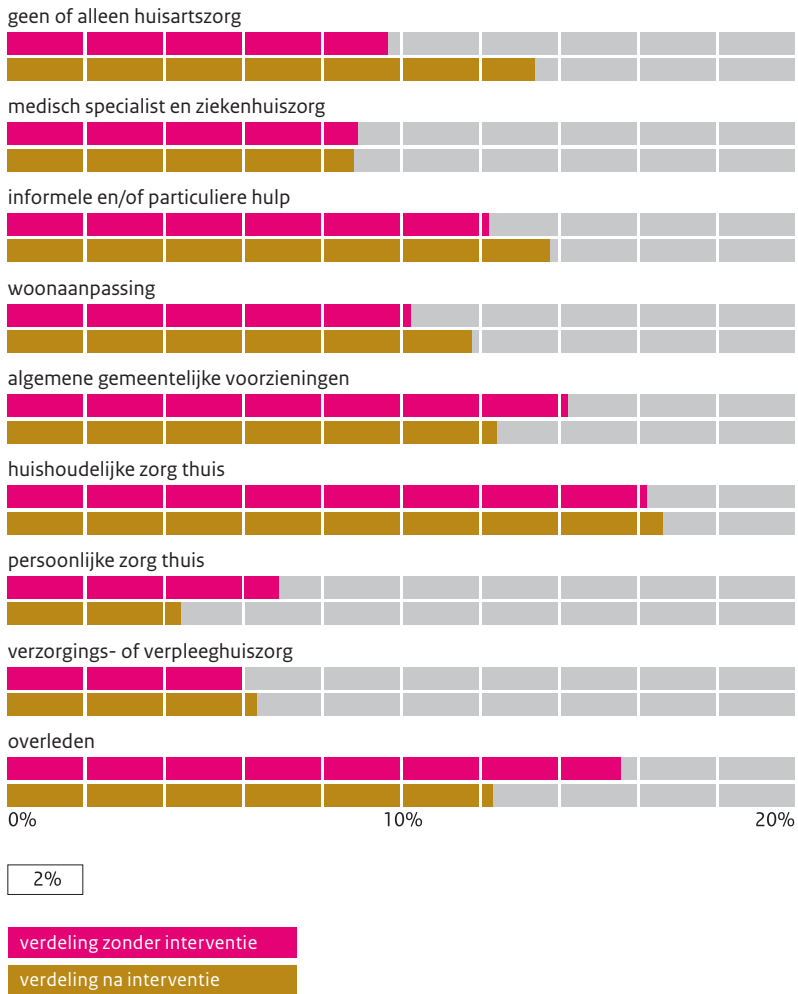
Hiervoor nemen we veranderingen in chronische aandoeningen en functiebeperkingen samen. Ze zijn weliswaar gerelateerd, maar ook verschillend. Immers, niet alle aandoeningen leiden tot functiebeperkingen en ze doen dat in verschillende mate.

Welke effecten zou een vermindering van multimorbiditeit en functiebeperkingen hebben op opnames in een verzorgings- of verpleeghuis en op ander zorggebruik na drie jaar? Stel dat door middel van geslaagde behandelingen de multimorbiditeit bij 65-plussers gemiddeld met één chronische aandoening en één functiebeperking afneemt.¹ Welke effecten zou dit volgens het model hebben op het zorggebruik over drie jaar? De verwachting vooraf was dat dit zou leiden tot een flinke vermindering van langdurende verpleeghuisopnames en daarmee tot een verlenging van de duur van zelfstandig wonen. Figuur 4.1 toont de verdeling over de zorgtrede van de 65-plussers na drie jaar zonder en met de gekozen interventie.

Als eerste valt in figuur 4.1 een forse afname van het aandeel sterfgevallen op met 21% (3,3 procentpunten van 15,6%). Het aandeel personen op zorgtrede 8, verzorgings- en verpleeghuizen, neemt licht toe (5%) en het aandeel op zorgtrede 7, persoonlijke verzorging thuis, neemt substantieel af (-36%). Dit geeft een gemengd beeld. Per saldo zou het aandeel zelfstandig wonende 65-plussers door de interventie toenemen met 3%. Bij de huidige bevolkingsomvang van 2,7 miljoen mensen van 65 jaar en ouder komt dat neer op afgerond 80.000 personen.²

Figuur 4.1

Effecten op zorggebruik na drie jaar, na vermindering met een chronische aandoening en een functiebeperking, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (in procenten)



Bron: VU (LASA'98/'99-'11/'12)

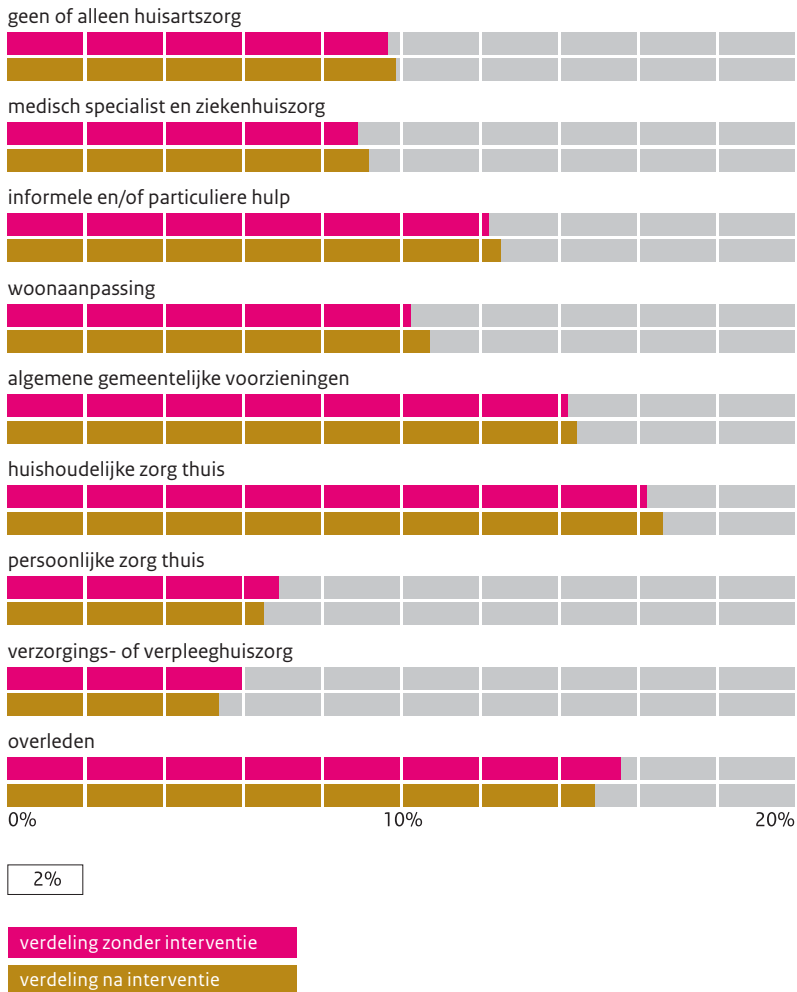
Variant 2 Afname dementie

In het Deltaplan dementie worden veel middelen geïnvesteerd om een behandeling tegen dementie te vinden. Stel dat deze behandeling gevonden wordt en het aantal mensen met dementie daalt, wat betekent dit dan voor het zorggebruik door 65-plussers? In dit rekenvoorbeeld gaan we uit van een vermindering van 10 procentpunten van het aandeel 65-plussers dat op de MMSE-schaal in de categorie dementie valt (zie § 3.1.3). Ook hier was de verwachting vooraf dat dit zou leiden tot een flinke vermindering van opnames in psychogeratrische (afdelingen van) verpleeghuizen. Figuur 4.2 toont een schatting van de effecten van deze interventie.

Een vermindering van 10 procentpunten van het aandeel 65-plussers met de dementie zou drie jaar later tot gevolg hebben dat 1,5% meer 65-plussers (40.000) zelfstandig wonen (figuur 4.2). Het aandeel bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen zou met 10% dalen (15.000 personen). Ook de persoonlijke verzorging thuis neemt af (-5%). Er vindt een verschuiving plaats naar de lichtere zorgtreden. Samengevat zou de behandeling van dementie op alle fronten een substantiële verlichting van de zorg voor ouderen met zich meebrengen en zouden meer ouderen langer zelfstandig blijven wonen.

Figuur 4.2

Effecten op zorggebruik na drie jaar, na vermindering met 10 procentpunten van het aandeel 65-plussers met dementie,^a 1998-2012 (in procenten)



a MMSE ≤ 23.

Bron: VU (LASA'98/'99-'11/'12)

Variant 3 Versterken van ervaren regie

Het versterken van het gevoel van regie houdt mensen langer uit de professionele zorg (Deeg 2010; zie ook § 3.2.2). Houdt een versterking van de ervaren regie mensen ook uit verzorgings- en verpleeghuizen? Stel dat we investeren in trainingen voor ouderen en daarmee het gevoel van ervaren regie. Laten we aannemen dat het aandeel personen dat regie over het leven ervaart met 10 procentpunten toeneemt. Welke effecten heeft dat op de opnames in tehuizen en andere zorgvormen drie jaar later?

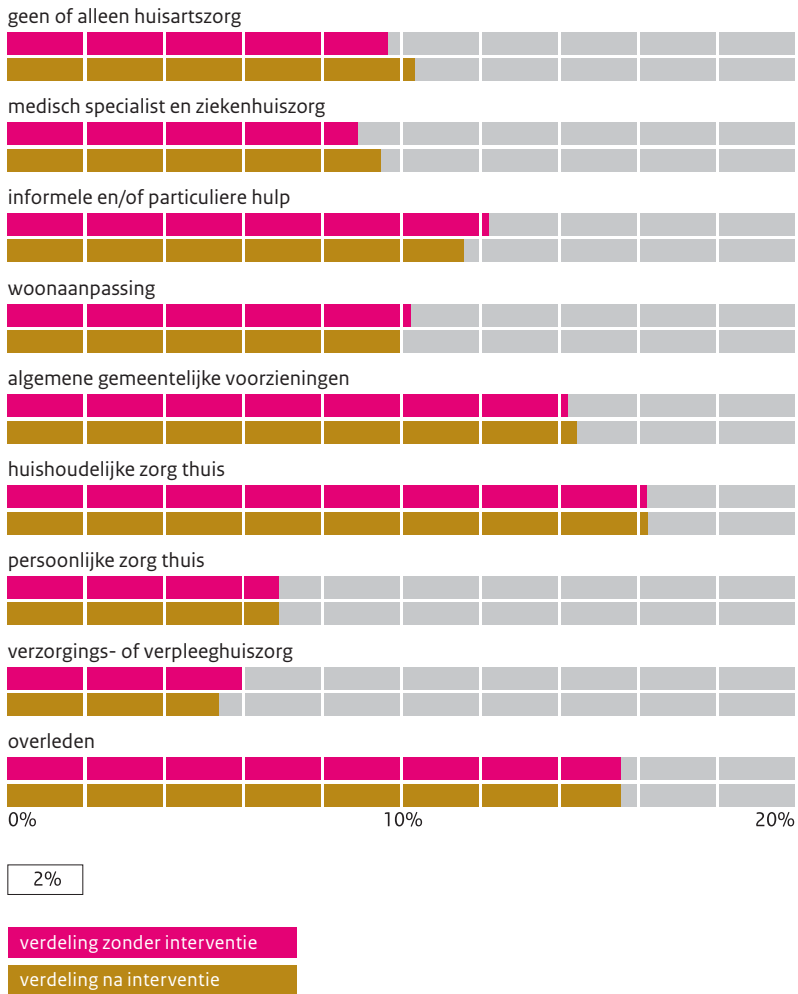
De verwachting vooraf is dat wanneer meer ouderen een groter gevoel van regie hebben, zij hun zorg beter organiseren en dat dit leidt tot vermindering van opnames in verzorgings- en verpleeghuizen. Figuur 4.3 toont het effect van de doorrekening.

De doorrekening laat zien dat versterking van het gevoel van regie zou leiden tot een vermindering van verzorgings- en verpleeghuisopnames na drie jaar van 10% (0,6 procentpunten t.o.v. 6%). Bij het huidige aantal bewoners van woonzorgcentra zou dit neerkomen op circa 11.000 personen.

Maar op welke hogere zorgtrede blijven deze personen zelfstandig wonen? We zien een toename van zorgtrede 5, algemene gemeentelijke voorzieningen. Dat zou betekenen dat de mensen met meer regie zelfstandig kunnen blijven wonen door beter gebruik te maken van een pakket van algemene gemeentelijke voorzieningen, informele hulp en medische zorg. Ook zien we een toename van de hoogste zorgtrede. Dat kan erop wijzen dat mensen met meer regie meer zelfzorg organiseren met behulp van medische zorg. Samengevat zien we dat een versterking van de regie ertoe leidt dat na drie jaar meer mensen zelfstandig wonen met gebruik van lichtere zorgtrede.

Figuur 4.3

Effecten op zorggebruik na drie jaar, na 10% toename van het aandeel 65-plussers dat regie over het leven ervaart,^a 1998-2012 (in procenten)



a MMSE ≤ 23.

Bron: VU (LASA'98/'99-'11/'12)

Variant 4 Versterken van sociale netwerken

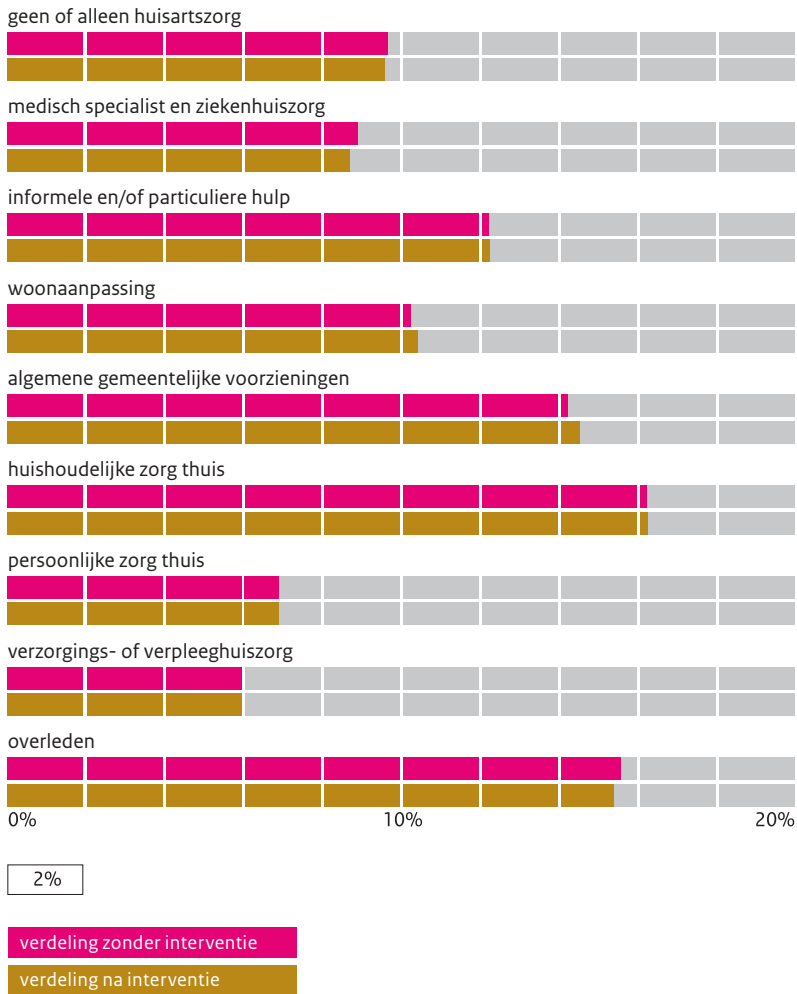
Een groot sociaal netwerk is voor een hulpbehoevende oudere een belangrijke hulpbron. Mensen met kleine netwerken zijn kwetsbaarder en hebben een grotere kans om langdurig opgenomen te worden in een verzorgings- of verpleeghuis (§ 3.2.3).

Wat zouden de effecten zijn van een vergroting van het sociale netwerk op het zorggebruik van ouderen na drie jaar? Stel dat het door middel van een sociale interventie lukt om de mensen met een klein netwerk (0-5 personen) een middelgroot netwerk (6-14 personen) te bezorgen, wat zouden dan de effecten op het zorggebruik na drie jaar kunnen zijn?³ Zou het leiden tot minder opnames in tehuizen en tot langer zelfstandig wonen?

De verwachting vooraf was dat een vergroot sociaal netwerk zou leiden tot meer mogelijkheden voor informele hulp, wat zou betekenen dat hulpbehoevende ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen en het aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen afneemt. Figuur 4.4 toont dat als alle ouderen met een klein netwerk een middelgroot netwerk krijgen, het aandeel personen in een verzorgings- of verpleeghuis drie jaar later zal verminderen met $(-0,1 / 0,6 =) 1,6\%$. Dat is ca. 1800 personen). Dat is minder dan het effect van een versterking van de ervaren regie (zie variant 3, ca. 11.000 personen).

Figuur 4.4

Effecten op zorggebruik na drie jaar, na verandering van kleine naar middelgrote netwerken van 65-plussers, 1998-2012 (in procenten)



Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

4.2 Effecten van mogelijke interventies aan de gebruikszijde

De zorg die ouderen gaan ontvangen in de toekomst wordt mede bepaald door de zorg die ze al ontvangen. In het tweede model is daarom in het verklarend model ook de voorgaande zorgtrede opgenomen. Voor de ex ante beleidsevaluatie biedt dat de mogelijkheid om niet alleen persoonskenmerken aan de vraagzijde door te rekenen, maar ook kenmerken van zorggebruik.⁴ Het gebruik kan gestuurd worden door combinaties van sturing op aanbod en vraag. Dit is het beste te illustreren met concrete voorbeelden. Bij wijze van voorbeeld rekenen we de effecten door van drie mogelijke interventies:

- versterking van de medische zorg, waardoor meer ouderen deze zorg gaan gebruiken;
- versterking van algemene gemeentelijke voorzieningen, waardoor meer ouderen deze ondersteuning gaan gebruiken;
- versterking van informele en particuliere hulp, waardoor meer ouderen deze hulp gaan gebruiken.

We onderzoeken de effecten na drie jaar op het aantal opnamen in tehuizen (neemt dat toe of af?) en op sterfte.

Variant 5 Toename gebruik ziekenhuiszorg

Ziekenhuiszorg speelt verschillende rollen in het langer zelfstandig wonen van ouderen (Deeg en Broese van Groenou 2007; Deraas et al. 2011; Den Draak en Van Campen 2012). Versterking van de ziekenhuiszorg kan op verschillende manieren, zoals de bouw van meer ziekenhuizen of vergroting van de kwaliteit van de medische zorg. Het model doet geen uitspraken over de directe effecten van dit soort interventies in het aanbod. Wel kan het uitspraken doen over veranderingen in het gebruik van ziekenhuiszorg. Wat zou er bijvoorbeeld gebeuren wanneer het gebruik van de medisch-specialistische ziekenhuiszorg door ouderen substantieel zou toenemen? In modeltermen, wat als het aandeel 65-plussers op zorgtrede 2, medisch-specialistische en ziekenhuiszorg, met 10 procentpunten toeneemt?

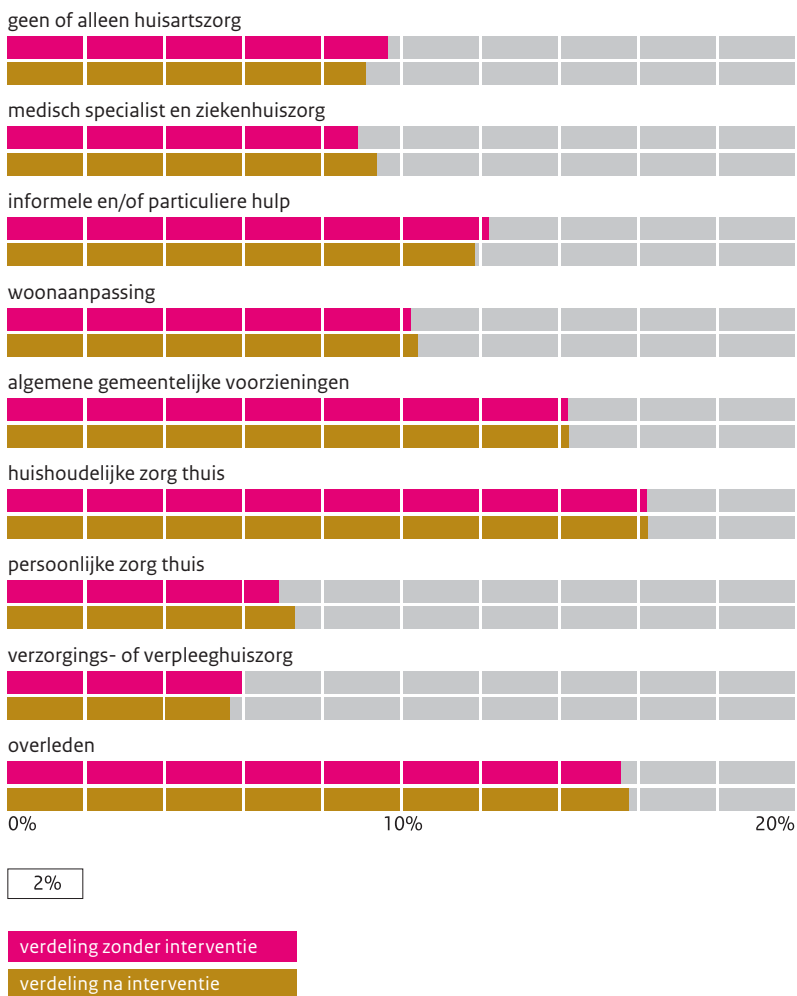
Het model controleert voor aantal gezondheidsverschillen (aantal chronische aandoeningen, aantal functiebeperkingen, cognitieve beperkingen, depressie) en andere achtergrondkenmerken. In het bovenstaande voorbeeld rekent het model met een toename van het gebruik van medisch-specialistische en ziekenhuiszorg voor gemiddelde 65-plussers uit de LASA steekproef.

Wat zou een vergroting van het gebruik (lees volume) van medisch-specialistische zorg betekenen voor het zorggebruik van 65-plussers na drie jaar? Men zou kunnen verwachten dat door een groter gebruik van medisch-specialistische zorg aandoeningen van ouderen vroegtijdiger herkend en beter behandeld worden en dat ouderen minder snel doorstromen naar zwaardere zorgtrede. Het zou ook kunnen dat mensen door eerdere herkenning en behandeling langer leven met aandoeningen en juist zwaardere zorg nodig hebben. Om deze gevolgen in te schatten rekenen we met het model de verdeling door

van de groep 65-plussers over de zorgtrede op een termijn van drie jaar. Figuur 4.5 toont de effecten na drie jaar met en zonder de bovengenoemde beleidsinterventie.

Figuur 4.5

Effecten op zorggebruik na drie jaar van een 10% toename van het gebruik van zorgtrede 2, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (in procenten)



Bron: VU (LASA'98/'99-'11/'12)

Als gevolg van de interventie toont figuur 4.5 een afname van zorgtrede 1, huisartsenzorg, een toename van zorgtrede 7, persoonlijke verzorging thuis, een afname van zorgtrede 8, verblijf in verzorgings- of verpleeghuis, maar een toename van het aantal overledenen. De groep bewoners van een verzorgings- of verpleeghuis is na drie jaar afgenomen met 6% (ca. 6.700 personen) en de groep met persoonlijke verzorging thuis is toegenomen met 6%. Het aandeel personen dat zelfstandig woont, is na drie jaar niet veranderd, doordat ook het aandeel overledenen is toegenomen. Dit laatste heeft te maken met factoren die niet gemeten zijn in het model. Zo is weliswaar gecontroleerd voor verschillen in het aantal aandoeningen, aantal lichamelijke functiebeperkingen, cognitieve en depressieve stoornissen, maar blijktbaar zijn er nog andere, niet gemeten verschillen in kwetsbaarheid die maken dat mensen die in het ziekenhuis opgenomen worden een hogere kans hebben om te overlijden. Een andere kanttekening is dat het model alleen rekent met het volume van het medische-zorggebruik en niet met de kwaliteit van de medische zorg. Versterking van de medische zorg kan ook betekenen dat de kwaliteit van de zorg toeneemt en er minder mensen zullen overlijden.

Variant 6 Toename gebruik van algemene gemeentelijke voorzieningen

De gemeente biedt hulpbehoevende ouderen een keur aan algemene voorzieningen om zelfstandig te blijven wonen, zoals maaltijdvoorzieningen, klusdiensten, aangepast vervoer, telefonische hulpdiensten en alarmering, hulp van vrijwilligersorganisaties en hulpmiddelen bij het lopen. Een deel van deze voorzieningen wordt door hulpbehoevende ouderen ontvangen in combinatie met informele of particuliere hulp. Ook kunnen deze ouderen gebruik maken van medische dienstverlening (huisarts, medisch specialist en ziekenhuis). Deze combinaties van zorg vormen zorgtrede 5, algemene gemeentelijke voorzieningen.

Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007, het geleidelijk overhevelen van AWBZ-taken naar de Wmo en uiteindelijk de herziening langdurige zorg in 2015 (Wlz) heeft de gemeente een centralere rol gekregen in de zorg voor hulpbehoevende ouderen. Hierbij heeft de gemeente verschillende opties om te investeren in de zorg voor ouderen.

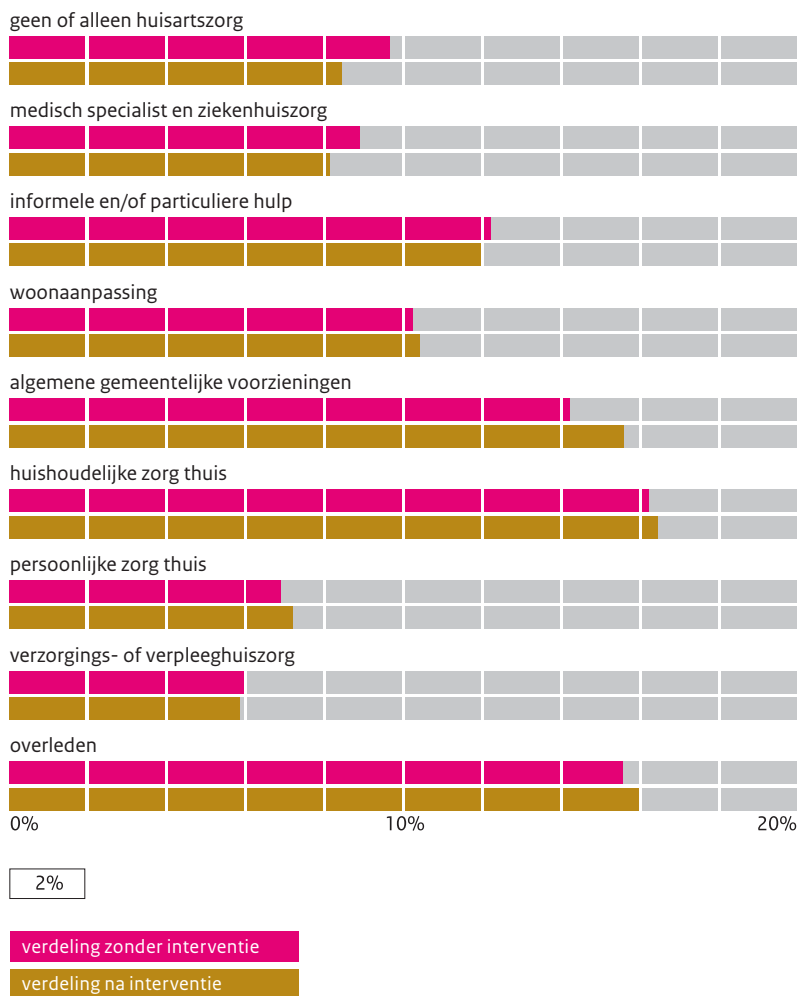
De volgende ex ante doorrekening bekijkt globaal wat de effecten zijn van een toename van het gebruik van algemene gemeentelijke voorzieningen. Wat zijn de verwachte effecten op de verdeling over zorg(treden) na drie jaar? De verwachting is dat een toename van het gebruik van algemene gemeentelijke voorzieningen door 65-plussers leidt tot minder doorstroom naar verpleging en verzorging, en dat hulpbehoevende ouderen dus langer zelfstandig in hun eigen buurt kunnen blijven met minder zorg.

Figuur 4.6 laat zien dat er, naast de verwachte toename van het aandeel gebruikers van algemene gemeentelijke voorzieningen, een verschuiving plaatsvindt van de hoogste zorgtreden met medische voorzieningen naar zwaardere zorgtreden tot en met de persoonlijke verzorging (zorgtrede 7). Een verbreding van het aanbod van algemene gemeen-

telijke voorzieningen zou betekenen dat mensen niet alleen die voorzieningen meer gaan gebruiken, maar over de gehele breedte meer zorg en ondersteuning gaan gebruiken.

Figuur 4.6

Effecten op zorggebruik na drie jaar van een 10% toename van het gebruik van algemene gemeentelijke voorzieningen, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (in procenten)



Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

De verwachting dat uitbreiding van algemene gemeentelijke voorzieningen zal leiden tot minder gebruik van zwaardere verpleging en verzorging, wordt door deze cijfers tegengesproken.

Dit lijkt als volgt te duiden. Ouderen ontvangen vaak een combinatie van algemene gemeentelijke voorzieningen en verpleging en verzorging thuis. Als het gebruik van algemene gemeentelijke voorzieningen toeneemt, neemt ook de verpleging en verzorging thuis toe.

Variant 7 Toename van gebruik informele en particuliere hulp

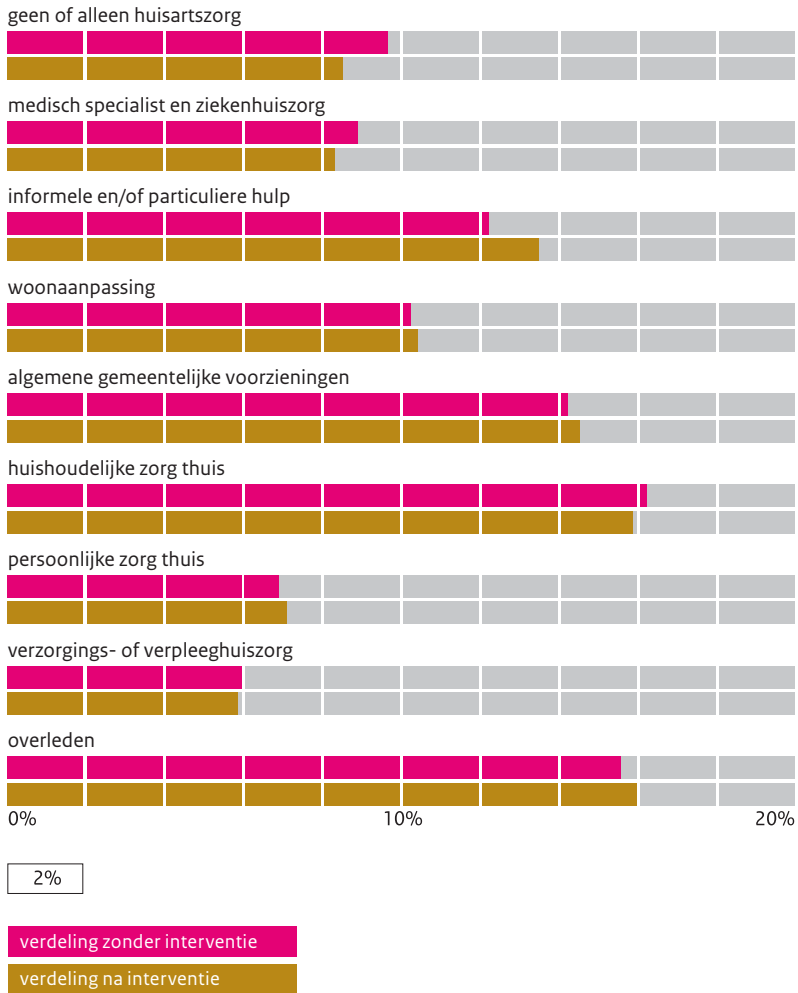
Een van de gedachten achter de hervorming van de langdurige zorg is dat burgers meer verantwoordelijkheid voor hun zorg nemen. Een concreet doel is dat hulpbehoevende burgers zelf hun huishoudelijke hulp organiseren, met behulp van mantelzorgers, particuliere hulp of via een andere oplossing. Daarmee zou een substitutie van professionele huishoudelijke zorg door informele huishoudelijke zorg gerealiseerd kunnen worden. Substitutie van formele door informele zorg is al een oud beleidsdoel, dat men op verschillende manieren heeft getracht om te zetten in beleid. Aanvankelijk werd in 2007 huishoudelijke zorg overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. De aanspraken op AWBZ-gefinancierde huishoudelijke zorg werden beperkt door de maatregel 'gebruikelijk zorg', waarbij de hulpbehoevende eerst zijn sociale netwerk moest aanspreken; pas wanneer deze niet voorradig was, werd huishoudelijke zorg geïndiceerd.

Stel dat als gevolg van de herziening van de langdurige zorg meer ouderen informele en particuliere hulp gaan gebruiken, wat betekent dat voor de verdeling van het zorggebruik door 65-plussers over drie jaar? In dit model rekenen we de effecten door van een toename met 10 procentpunten van het aandeel 65-plussers dat informele en particuliere hulp ontvangt. Welke effecten heeft dit op de verdeling over de zorgtrede van 65-plussers drie jaar later?

Figuur 4.7 laat zien dat 10 procentpunten toename van de gebruikers van zorgtrede 3, informele/particuliere zorg, na drie jaar slechts tot een geringe afname leidt van 2% (-0,03 procentpunten van 16,2%) van de gebruikers van zorgtrede 6, huishoudelijke zorg, en een geringe afname van 2% van de mensen die in een verzorgings- of verpleeghuis wonen (ca. 2500 personen). Een grotere verschuiving vindt plaats van de lichtere medische zorgtrede naar de zorgtrede informele/particuliere hulp met eventueel medische zorg.

Figuur 4.7

Effecten op zorggebruik na drie jaar van een 10 procentpunt toename van het gebruik van informele en particuliere huishoudelijke hulp, bevolking van 65 jaar en ouder, 1998-2012 (in procenten)



Bron: VU (LASA '98/'99-'11/'12)

Noten

- 1 In de panelsteekproef van 65-plussers hebben mensen gemiddeld 1,5 chronische aandoening (range 0-6 aandoeningen) en gemiddeld 2 functiebeperkingen (range 0-6 beperkingen). Dit is de situatie zonder interventie. Na de interventie hebben mensen gemiddeld 0,5 chronische aandoening en gemiddeld 1 functiebeperking.
- 2 Op 1 januari 2012 woonden ruim 112.000 personen van 65 jaar en ouder in een verzorgings- of verpleeghuis (Garssen en Harmsen 2011; Giesbers et al. 2013).
- 3 NB Hier zijn andere categorieën gebruikt dan in paragraaf 3.2.3, waar de groepen met een klein en groot netwerk werden vergeleken.
- 4 Gebruik is de resultante van vraag en aanbod. Beleidsmakers kunnen indirect sturen op zowel vraag als aanbod. Bij de duiding van beleidsvarianten in deze paragraaf dienen verschillen tussen kenmerken van vraag, aanbod en gebruik helder voor ogen gehouden te worden. Deze paragraaf biedt geen voorbeelden van aanbodsturing.

5 Slotbeschouwing

Ouderen en overheid hebben de gezamenlijke wens dat er in Nederland meer gelegenheid is om langer zelfstandig te blijven wonen. In hoeverre gebeurt dat ook en hoeveel langer zouden ouderen zelfstandig kunnen blijven wonen, met de inzet van medische zorg, gemeentelijke ondersteuning, thuiszorg, informele hulp en persoonlijke hulpbronnen? Hoe is daar op te sturen door overheden?

In deze studie hebben we op basis van LASA-panelgegevens uit de periode 1998-2012 het beloop van de zorg en ondersteuning voor 65-plussers landelijk in beeld gebracht. Op grond van modellering van de gegevens lieten we zien hoe lang en met welke zorg ouderen zelfstandig blijven wonen en welke achterliggende factoren deze processen beïnvloeden. Nadat we in een eerdere studie patronen in individuele zorgtrajecten in kaart gebracht hebben (Van Campen et al. 2013), worden in deze studie ontwikkelingen op het niveau van de bevolking(sgroepen) gevolgd.

Om inzicht te krijgen in manieren waarop ouderen langer zelfstandig kunnen blijven wonen, hebben we in deze studie gekeken naar ontwikkelingen in de derde (vitale) en vierde (kwetsbare) levensfasen van de levensloop. De longitudinale benadering levert inzichten op groepsniveau over de duur van zelfstandig wonen, de duur van het zorggebruik, de veranderingen in het gebruik van typen zorgvoorzieningen, de invloeden van demografische en sociaaleconomische achtergronden, fysieke en sociale hulpbronnen in de omgeving, en ingrijpende levensgebeurtenissen zoals het overlijden van een partner. Door met een brede blik over een lange periode te kijken, kregen we met deze studie nieuwe inzichten over de manier waarop burgers ouder worden met zorg in Nederland. Kort gezegd zijn de opbrengsten van deze studie drieledig:

- kwantificering van de sociale verschillen en diversiteit in ouder worden met zorg en ondersteuning;
- kwantificering van de duur van zelfstandig wonen;
- een rekenmodel voor ex ante evaluaties van beleid ten aanzien van wonen en zorg voor ouderen.

We gaven kwantitatieve beelden van de zorg en ondersteuning waarmee 65-plussers ouder werden in de periode 1998-2012 en de tijd die ze hiermee zelfstandig bleven wonen.

We stelden vast dat er een grote diversiteit is in de zorgtrajecten van groepen 65-plussers. Ouder worden volgt niet één, maar verschillende wegen of trajecten. 65-plussers maken veelal gebruik van combinaties van zorg-, welzijns- en woonvoorzieningen, medische zorg, informele en particuliere zorg. Afhankelijk van hun gezondheid en hun persoonlijke en sociale hulpbronnen volgen ze verschillende trajecten. Sommige verhuizen al vroeg naar een woonzorginstelling, andere pas op hoge leeftijd of nooit.

Er zijn enkele bepalende factoren voor langer zelfstandig wonen aan te wijzen. Ten eerste de gezondheid. Gezondheidsproblemen hebben het grootste effect op het zelfstandig blijven wonen, met name het hebben van chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen. Driekwart van de 65-plussers zonder chronische aandoening woont na veertien jaar zelfstandig, van de groep met meer dan een chronische aandoening is dat slechts de helft, en van de mensen met dementie nog maar een derde. De anderen zijn verhuisd naar een verzorgings- of verpleeghuis of zijn overleden.

Daarnaast zijn hulpbronnen van 65-plussers relevante succesfactoren. Het was al bekend dat vrouwen en mensen met een hoog inkomen en hoge opleiding langer leven dan anderen. Ze blijven ook langer zelfstandig wonen, laat deze studie zien. Vijf van de tien 65-plussers met een laag inkomen woont na veertien jaar nog zelfstandig, tegenover zes van de tien met een hoog inkomen. Psychische en sociale hulpbronnen tonen vergelijkbare effecten. Ouderen die weinig regie over hun eigen leven ervaren, blijven minder lang zelfstandig wonen dan personen die meer regie ervaren. Ouderen met groot sociaal netwerk blijven langer zelfstandig wonen dan ouderen met een klein sociaal netwerk.

Met deze succesfactoren van langer zelfstandig wonen hebben we een aantal scenario's doorgerekend door middel van ex ante beleidsevaluaties. Daaruit kwam naar voren dat een vermindering van één chronische aandoening en één lichamelijke beperking onder 65-plussers met multimorbiditeit (twee of meer chronische aandoeningen) tot gevolg zou hebben dat drie jaar later 3% meer 65-plussers (ca. 80.000 personen) zelfstandig wonen. Met name het aantal sterfgevallen zou dalen. Het aantal bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen zou licht stijgen.

Een vermindering met 10% van het aandeel 65-plussers met dementie zou drie jaar later tot gevolg hebben dat 1,5% meer 65-plussers (40.000 personen) zelfstandig wonen. Het aandeel bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen zou met 10% dalen (15.000 personen).

Ook de bevordering van ervaren regie over het eigen leven heeft effect. Een vergroting met 10% van het aandeel 65-plussers dat regie over hun leven ervaart, zou tot gevolg hebben dat drie jaar later 10% minder 65-plussers (ca. 15.000 personen) in een verzorgings- of verpleeghuis wonen (nog los van de huidige hervormingen). Het effect van het vergroten van het sociale netwerk van 65-plussers is minder groot dan dat van het vergroten van de ervaren regie.

Dit zijn enkele voorbeelden van de manieren waarop de tweede modelvariant (zie hoofdstuk 2) ingezet kan worden bij ex ante beleidsevaluaties. In de fase van ontwikkeling van de beleidscyclus kan al doorgerekend worden of maatregelen effecten sorteren op het zorggebruik door, en welke effecten dat zijn. Tevens kunnen combinaties van maatregelen en varianten doorgerekend worden. Het model kent sets van vraag- en aanbodindicatoren waarop gestuurd kan worden, die talloze combinaties mogelijk maken.

Beperkingen van deze modelmatige aanpak zijn eerder al genoemd. Zo is het niet mogelijk uitspraken te doen over de effecten van concrete zorginterventies. Daar zijn gecontroleerde interventiestudies zoals *randomized clinical trials* geschikter voor. Het doorrekenen gebeurt vanzelfsprekend op data uit het verleden. Bij het voorspellen van effecten in de toekomst dient bedacht te worden in hoeverre de toekomst van het verleden verschilt. Doordat het model geabstraheerd is van het verleden door te corrigeren voor periode-effecten zoals beleidsveranderingen en maatschappelijke gebeurtenissen en door de lange periode, is het model geschikter gemaakt om voorspellingen over de toekomst te doen. Het is bijvoorbeeld mogelijk het effect van de stijging van het gemiddelde opleidingsniveau van ouderen op het zorggebruik door te trekken naar de toekomst.

Het model is daarentegen niet geschikt voor doorrekening van directe effecten van interventies aan de aanbodzijde van de zorg; het model rekt met veranderingen in kenmerken van de vraag en het gebruik. Hoewel het model controleert voor achtergrondkenmerken en uitspraken kan doen over zuivere verschillen tussen groepen, zagen we dat verschillen in aanvangssituatie nog steeds doorspelen in de trajecten. Tenslotte, mensen komen pas op 65-jarige of hogere leeftijd in beeld in het model. Echter, hun voorgaande leven kan van invloed zijn op hun latere levensfase. In het model zien we de verschillen die gedurende de levensloop zijn opgebouwd, terug in de verschillen in zorgtrede bij aanvang van het onderzoek in 1998.

Het model rekt met een lange periode van veertien jaar en controleert voor periode-effecten, Maar het blijft natuurlijk gegrond in een tijdsbeeld van 1998-2012. We hebben geen aanwijzingen dat de Nederlandse 65+-populatie in vier jaar sinds 2012 heel sterk veranderd is. Dus we mogen aannemen dat het model ook bruikbaar is voor de ouderen van nu.

Een ander aandachtspunt is dat het model rekt met data van voor de hervorming langdurige zorg in 2015. Sinds dat jaar is de financiering van de langdurige zorg veranderd, wat gevolgen heeft voor de wijze waarop mensen de benodigde zorg vergoed krijgen. In sommige gevallen krijgen ze die zelfs niet meer vergoed. Ook worden personen met zorgindicaties voor lichtere zorgzwaartepakketten en -profielen niet meer in verzorgingshuizen opgenomen. De vraag is in hoeverre het model nog geldig is voor de periode na 2015. Immers, het model is gebaseerd op data uit een periode waarin twee eerdere stelselherzieningen plaatsvonden: de invoering van de Zvw (2006) en de Wmo (2007). Deze veranderingen hebben de analyses echter niet zichtbaar verstoord. Dat komt mede doordat het model gebaseerd is op het gebruik van zorgfuncties en niet op financieringscategorieën. Zo blijven mensen die huishoudelijke verzorging ontvangen op dezelfde zorgtrede, hoewel die vóór 2007 door de AWBZ werd vergoed en daarna door de Wmo. Door uitspraken te doen over de zorgfuncties die mensen gebruiken, is het model minder gevoelig voor veranderingen in de financiering van de zorg. Daarbij dient aangetekend te worden dat de extramuralisering van de lichte zorgzwaartepakketten van instellingszorg naar thuiszorgfuncties wel gevolgen kan hebben voor de relaties in het model.

Veel Nederlandse burgers van 65 jaar en ouder redden het om lang zelfstandig in hun eigen buurt en eigen huis te blijven wonen, met behulp van uiteenlopende vormen van zorg en ondersteuning. Ze doorlopen verschillende trajecten in hun leven, afhankelijk van hun gezondheid, de aanwezigheid van een partner en familie en vrienden, de eigen kracht die ze ervaren om zelf hun zorg te organiseren, de faciliteiten van hun woning en de voorzieningen in de buurt. Slechts een klein deel brengt de laatste jaren van het leven door in een woonzorginstelling. De wegen daarnaartoe zijn divers.

In deze studie hebben we groepsverschillen in mogelijke trajecten beschreven. De diversiteit komt tot uiting tussen bijvoorbeeld mannen en vrouwen, tussen mensen met een klein en groot sociaal netwerk en tussen mensen met en zonder dementie. Hoewel de levenslopen van individuele ouderen niet maakbaar zijn, zijn er op de grote schaal van de zorgtrajecten van groepen wel punten aan te geven waarop geïntervenieerd kan worden. Met deze studie hebben we willen laten zien wat de mogelijke effecten van interventies op deze punten kunnen zijn. We hopen hiermee een beleidsinstrument ontwikkeld te hebben waarmee beleidsmakers verschillende alternatieven kwantitatief kunnen afwegen en beslissingen kunnen onderbouwen.

De conclusie is dat met deze studie robuuste instrumenten beschikbaar zijn gekomen om de ontwikkeling van zorggebruik door ouderen kwantitatief te verhelderen en voorspellingen te doen over de effecten van beleidsinterventies op het zorggebruik, en in het bijzonder op het langer zelfstandig wonen.

Summary

The Dutch government's reform of the long-term care system is intended to reinforce the trend whereby older persons continue to live independently for longer and the need for admission to a care institution is avoided or delayed. Many older persons in the Netherlands continue living independently until an advanced age: three-quarters of 85-89 year-olds live independently, as do 60% of those aged 90-95 years. It is only above the age of 95 years that a majority (57%) live in a residential care or nursing home (Den Draak 2010; Klerk 2011). Despite this, the percentage of people living in these institutions is higher in the Netherlands than in other European countries, though it has fallen over the last two decades; where 20% of those aged over 80 lived in residential care facilities in 1980, in 2010 the figure was just 14% (Garssen & Harmsen 2011).

How do older persons continue living independently until an advanced age? Do they receive help from family and friends? Do they make use of local authority services? Which medical and nursing care do they use? Do they use their personal and social resources? In this study we tracked a group of 1,768 persons aged over 65 for a period of fourteen years; we examined which care, provisions and services, personal and social resources they used and how long these enabled them to continue living independently before they moved to a residential care or nursing home or died.

In a previous study we observed wide diversity in the care trajectories of over-65s (Van Campen et al. 2013). They frequently use combinations of care, welfare and housing provisions, medical care, informal and private care. The individual trajectories differ depending on the health and personal and social resources of the person concerned. Some move to a residential care facility at an early stage, while others do so only at a much older age or never.

To enable us to investigate policy issues at national and local level, in this study we aggregated the individual care trajectories based on changes in care use by the population aged 65 years and older, and the groups within that population. By analogy with the classical prints of the *Trap des ouderdoms* (Stairs of Life, Illustration 1), we describe the care trajectories of the older population as descending a series of care steps. We developed two model variants in our study. In the first variant we describe differences in the care trajectories of groups of people aged over 65 over a period of fourteen years, for example the differences in the care trajectories of men and women.

In the second variant we extrapolate what the effects would be of changes in health status, resources and current care use on the care use of the population aged over 65 over a period of three years. This variant looks at aspects such as what impact increasing the average network size of persons aged over 65 would have on their care use three years later. This model variant can be used for ex ante policy evaluations. Both model variants portray the differences and effects with respect to continuing to live independently for longer.

Model variant 1

A number of determinants can be identified for continuing to live independently for longer. The first is health status: health problems have the biggest impact on the ability to continue living independently, especially having chronic illnesses and physical disabilities. Three-quarters of over-65s without chronic illnesses were still living independently after fourteen years; this was the case for only half the group with more than one chronic illness, and only a third of people with dementia. The others had either moved to a residential care or nursing home or had died.

Material, mental and social resources are also relevant factors. Of people aged over 65 with a low income, 50% were still living independently after fourteen years, compared with 60% of those with a high income. The effect of psychological and social resources is comparable; for example, 10% of over-65s who feel they have little mastery over their lives were living less independently after fourteen years than those who feel they have greater mastery. Similarly, two-thirds of over-65s with a large social network were still living independently after fourteen years, compared with less than half of those with a small social network.

Model variant 2

Policy aimed at influencing the determinants of prolonged independent living can only be conducted on a theoretical basis. By way of experiment, in this study we extrapolated a number of scenarios empirically using ex ante policy evaluations. An empirical computation model was developed for this which predicts the use of care and support by the population aged over 65 over a period of three years.

If a number of over-65s had fewer health problems, it is possible that a higher proportion of them could continue living at home. We tested this by assuming that over-65s with comorbidity had an average of one less chronic illness and one less physical disability. The computation model then shows that under these conditions, 3% more over-65s would still be living independently three years later. In the population as a whole, that equates to approximately 80,000 persons.

A reduction of 10 percentage points in the share of over-65s with cognitive limitations would mean that three years later 1.5% more over-65s (40,000 persons) were living independently. The proportion of people living in a residential care or nursing home would reduce by 10% (15,000 persons).

Promoting people's own mastery also has an effect. A 10 percent point increase in the number of people aged over 65 who feel in control of their own lives would mean that three years later there were 10% fewer over-65s (approx. 15,000 persons) living in a residential care or nursing home.

The government is more able to exert influence on the supply side than the demand side. Although the model does not include any supply factors, it is possible to extrapolate the effects of changes in care use over a period of three years.

If we increase the number of over-65s in the model receiving specialist medical care by 10 percentage points, while adjusting for health differences, we find that the proportion of people living in a residential care or nursing home reduces after three years by 6% (approx. 8,500 persons). The proportion receiving personal care at home after three years would increase by the same percentage.

One of the ideas underlying the reform of long-term care is that citizens should take more responsibility for their care. A specific goal of the reforms is that citizens who need domestic care should organise that care themselves, via informal care, privately paid care or another solution. What would an increase in the use of informal and privately paid care mean for care use? Extrapolation shows that an increase of 10 percent points in the receipt of informal and/or privately paid care would lead to a reduction (2%) in the use of care packages that include domestic care (approx. 2,500 persons) after three years, and a similar reduction of 2% in the number of people living in a residential care or nursing home (approx. 2,500 persons).

Dutch citizens aged 65 and older succeed, using a range of different types of care and support, in living independently in their own neighbourhood and their own home for a considerable period. They go through different trajectories in their lives, depending on their health status, the presence of a partner, family and/or friends, their perceived capacity to organise their own care, the facilities in their home and the provisions available in the local area. Only a small proportion spend the final years of their lives in a residential care facility. The trajectories leading to that destination are varied. Although the life courses of individual older persons cannot be dictated, at the larger scale of the care trajectories of groups of older persons there are areas where interventions could be usefully made. In this study we have sought to show the potential impact of interventions in those areas. We hope that in doing so we have developed a policy instrument which will enable policy-makers to make a quantitative judgement between different alternatives.

Literatuur

- Bakker, Christian, Marjolein E. de Vugt, Deliane van Vliet, Frans R.J. Verhey, Yolande A. Pijnenburg, Myrra J.F.J. Vernooij-Dassen en Raymond T.C.M. Koopmans (2013). Predictors of the time to institutionalization in young- versus late-onset dementia. Results from the Needs in young onset dementia (Needvd) study. In: *Journal of the American Medical Directors Association*, jg. 14, nr. 4, p. 248-253.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millenium. In: *Social Science & Medicine*, 15(6), 843-857.
- Broese Van Groenou, M.I. & Tilburg, T.G. van (2007). Ouder worden in sociaal-relatieel perspectief. In: A. Pot, Y. Kuin & M. Vink (Eds.), *Handboek ouderpsychologie*, p. 51-63. Utrecht: De Tijdstroom.
- Broese Van Groenou, M.I., Deeg, D.J.H. & Penninx, B.W.J.H. (2003). Income differentials in functional disability in old age: relative risks of onset, recovery, decline, attrition and mortality. In: *Aging - Clinical and Experimental Research*, 15 (2), 174-183. doi: 10.1007/BF03324497
- Broese van Groenou, M.I., Marianne Jacobs, Ilse Zwart-Olde en Dorly J.H. Deeg (2016). Mixed care networks of community-dwelling older adults with physical health impairments in the Netherlands. In: *Health & Social Care in the Community*, jg. 24, nr. 1, p. 95-104.
- Campen, Cretien van (2011). *Kwetsbare ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Campen, C. van, S. Kooiker, A. de Boer (2016). Zorgen: Hoe gaan we als samenleving zorgen voor de groeiende groep ouderen. In: A. van den Broek, C. van Campen, J. de Haan, A. Roeters, M. Turkenburg, L. Vermeij (red.), *De toekomst tegemoet. Leren, werken, zorgen, samenleven en consumeren in het Nederland van later*. Sociaal en Cultureel Rapport 2016. Den Haag: SCP.
- Campen, Cretien van, M.I. Broese van Groenou, D.J.H. Deeg en J. Iedema (2013). *Met zorg ouder worden: zorgtrajecten van ouderen in tien jaar*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Croezen, Simone (2010). *Social relationships and healthy ageing: epidemiological evidence for the development of a local intervention programme*. Wageningen: University of Wageningen.
- Deeg, D.J.H. (2010). *Empowerment*. Amsterdam: VU-LASA.
- Deeg, Dorly J.H. en Marjolein I. Broese van Groenou (2007). Zorggebruik door ouderen na opname in het ziekenhuis: ontwikkeling in 1992-2002. In: *TSG*, jg. 85, nr. 3, p. 174-182.
- Deraas, Trygve S., Gro R. Berntsen, Toralf Hasvold en Olav H. Førde (2011). Does long-term care use within primary health care reduce hospital use among older people in Norway? A national five-year population-based observational study. In: *BMC Health Services Research*, jg. 11, nr. 1, p. 1.
- Dijk, Hanna van (2015). *Neighbourhoods for ageing in place*. Geraadpleegd via <http://repub.eur.nl/pub/78306/>
- Doekhie, Kirti, Anke de Veer, Jany Rademakers, François Schellevis en Jan Paul Francke (2014). *Ouderen van de toekomst. Verschillen in de wensen en mogelijkheden voor wonen, welzijn en zorg*. Utrecht: Nivel.
- Doorten, Ingrid en Pauline Meurs (2015). *Ruimte voor redzaamheid*. Te raadplegen via https://www.raadrsvs.nl/uploads/docs/TSG_Artikel_Ruimte_voor_redzaamheid.pdf
- Draak, Maaïke den (2010). *Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Draak, Maaïke den en Cretien van Campen (2012). Kwetsbare ouderen zonder thuiszorg. In: *TSG, Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, jg. 90, nr. 4, p. 237-244.

- Draak, Maaïke den, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier en Mirjam de Klerk (2016). *Wel thuis?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Eggink, Evelien, Debbie Verbeek-Oudijk en Klarita Sadiraj (2012). *VeVeRa-IV. Actualisatie en aanpassing ramingsmodel verpleging en verzorging 2009-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Fokkema, T, en P.A. Dykstra (2009). De aanpak van eenzaamheid. *Demos*, 25(3), 5–8.
- Galenkamp, H., I. Plaisier, M. Huisman, A.W. Braam en D.J.H. Deeg (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen*. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. Te raadplegen via https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_LASA.pdf
- Garsen, J. en C. Harmsen (2011). Ouderen wonen steeds langer zelfstandig. Te raadplegen via <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2011/28/ouderen-wonen-steeds-langer-zelfstandig>
- Geerlings, S.W., M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg (2004). Determinanten van veranderingen in zorggebruik. In: M.M.Y. de Klerk (red.), *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage Ouderen 2004* (p. 81-111). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Giesbers, H., A. Verweij en J. de Beer (2013). Vergrijzing. Wat is de huidige situatie? In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM.
- Hanemaayer, Dick (2013). *Ex ante evaluatie in Nederland. De stand van zaken*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Hoogendijk, Emiel O., Hein P.J. van Hout, Martijn W. Heymans, Henriëtte E. van der Horst, Dinnus H.M. Frijters, Marjolein I. Broese van Groenou, Dorly J.H. Deeg en Martijn Huisman (2014). Explaining the association between educational level and frailty in older adults. Results from a 13-year longitudinal study in the Netherlands. In: *Annals of Epidemiology*, jg. 24, nr. 7, p. 538-544 (doi: 10.1016).
- Huisman, Martijn, Anton E. Kunst en Johan P. Mackenbach (2003). Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly. A European overview. In: *Social Science & Medicine*, jg. 57, nr. 5, p. 861-873.
- Huisman, Martijn, Jan Poppelaars, Marleen van der Horst, Aartjan T.F. Beekman, Johannes Brug, Theo G. van Tilburg en Dorly J.H. Deeg (2011). Cohort profile: the longitudinal aging study Amsterdam. In: *International Journal of Epidemiology*, jg. 40, nr. 4, p. 868-876.
- Kam, G.R.W. de, D.J.M. Damoiseaux, Laura Dorland, R.A.H. Pijpers, M. van Biene, E. Jansen en J.P.J. Slaets (red.) (2012). *Kwetsbaar en zelfstandig. Een onderzoek naar de effecten van woonservicegebieden voor ouderen*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Klerk, Mirjam de (2011). *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Jurjen Iedema en Cretien van Campen (2006). *scp-maat voor lichamelijke beperkingen op basis van AVO 2003*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, Mirjam de, Alice de Boer, Inger Plaisier, Peggy Schyns en Sjoerd Kooiker (2015). *Informeel hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kok, Almar A.L., Marja J. Aartsen, Dorly J.H. Deeg en Martijn Huisman (2015). Capturing the diversity of successful aging. An operational definition based on 16-year trajectories of functioning. In: *The Gerontologist* (doi: 10.1093/geront/gnv127).
- Kromhout, Mariska, Peteke Feijten, Frieke Vonk, Mirjam de Klerk, Anna Maria Marangos, Wouter Mensink, Maaïke den Draak en Alice de Boer (2014). *De Wmo in beweging. Evaluatie Wet maatschappelijke ondersteuning 2010-2012*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lager, Debbie (2015). *Perspectives on ageing in place*. Groningen: University of Groningen.

- Lange, Peter de en Yvonne Witter (2014). Hoe ouderen steeds diverser wonen. In: *Geron*, jg. 16, nr. 3, p. 54-57.
- Marmot, Michael G. (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Moser, Debra K. en Kathleen Dracup (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event. The influence of perceived control. In: *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, jg. 24, nr. 4, p. 273-280.
- Non, Mariëlle, Esther Mot, Evelien Eggink, Pieter Bakx en Rudy Douven (2015). *Keuzeruimte in de langdurige zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pearlin, Leonard I. en Carmi Schooler (1978). The structure of coping. In: *Journal of Health and Social Behavior*, jg. 19, nr. 1, p. 2-21.
- Plaisier, I. en Mirjam de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg (2011). *Mogelijkheden voor preventie van awbz-zorg: netwerken van thuiswonende ouderen*. Amsterdam: VU-LASA.
- Plaisier, I., M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg (2012). *Kwetsbare ouderen, zorg of geen zorg?*. Amsterdam: VU-LASA.
- Pommer, Evert en Jeroen Boelhouwer (2016). *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Putman, Lisa, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink (2016). *Zorg en ondersteuning in Nederland. Kerncijfers 2014 van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Regenmortel, Tine Van (2002). *Empowerment en maatzorg. Een krachtgerichte psychologische kijk op armoede*. Leuven: Acco.
- rvz (2012). *Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen*. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
- Sommer, M. (2013). *Langer zelfstandig wonen. Een onderzoek naar woonzorgconcepten voor ouderen*. Geraadpleegd via <http://www.arcon.nl/wat-we-doen/publicaties-arcon/publicaties/onderzoek-langer-zelfstandig-wonen.html>
- Steenbekkers, Anja en Lotte Vermeij (2013). *De dorpenmonitor. Ontwikkelingen in de leefsituatie van dorpsbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Suanet, Bianca, Marjolein Broese van Groenou en Theo van Tilburg (2012). Informal and formal home-care use among older adults in Europe. Can cross-national differences be explained by societal context and composition? In: *Ageing and Society*, jg. 32, nr. 03, p. 491-515.
- Thomas, William en Janice Blanchard (2009). Moving beyond place: aging in community. In: *Generations*, jg. 33, nr. 2, p. 12-17.
- Tombaugh, Tom N. en Nancy J. McIntyre (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. In: *Journal of the American Geriatrics Society*, jg. 40, nr. 9, p. 922-935.
- Torre, Ab van der en Lisa Putman (2015). *Wmo- en AWBZ-voorzieningen 2009-2012. Een nulmeting*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Verbeek-Oudijk, Debbie, Isolde Woittiez en Evelien Eggink (2014). *Who cares in Europe? A comparison of long-term care for the over-50s in sixteen European countries*. Den Haag: The Netherlands Institute for Social Research (SCP).

- Verbeek-Oudijk, Debbie, Isolde Woittiez, Evelien Eggink en Lisa Putman (2015). *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011. Een vergelijking van de langdurige zorg van 50-plussers in zestien Europese landen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vermeij, Lotte en Anja Steenbekkers (2015). *Dichtbij huis*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vliet, M.J.G. van, M.I. Broese van Groenou en D.J.H. Deeg (2010). *Extramurale zorgpakketten. Verleende zorg aan zelfstandig wonende ouderen in onderscheidende pakketten*. Amsterdam: VU-LASA.
- WHO (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization.
- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink, Jedid-Jah Jonker en Klarita Sadiraj (2009). *Vergrijzing, verpleging en verzorging. Ramingen, profielen en scenario's 2005-2030*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Woittiez, Isolde, Evelien Eggink, Debbie Verbeek-Oudijk en Alice de Boer (2015). *Zorg vragen of zorg dragen?* Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Zantinge, E.M., E.A. van der Wilk, S. van Wieren en C.G. Schoemaker (2011). *Gezond ouder worden in Nederland*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM-rapport 270462001).

Publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau

SCP-publicaties

Onderstaande lijst bevat een selectie van publicaties van het Sociaal en Cultureel Planbureau. Deze publicaties zijn in gedrukte vorm verkrijgbaar bij de (internet)boekhandel en zijn als pdf gratis te downloaden via www.scp.nl. Een complete lijst is te vinden op www.scp.nl/publicaties.

SCP-publicaties 2017

- 2017-1 *Grenzen aan de eenheid. De beleving en waardering van diversiteit en inclusiviteit onder medewerkers van Defensie* (2017). Iris Andriessen, Wim Vanden Berghe en Leen Sterckx. M.m.v. Jantine van Lisdonk en Ans Merens. ISBN 978 90 377 0814 1
- 2017-2 *Wie maakt het verschil? Sociale ongelijkheid in condities en consequenties van informele hulp. Oratie* (2017). Alice de Boer. ISBN 978 90 377 0752 6
- 2017-3 *Langer zelfstandig. Ouder worden met hulpbronnen, ondersteuning en zorg*. (2017). Cretien van Campen en Jurjen Iedema (SCP), Marjolein Broese van Groenou (VU-LASA) en Dorly Deeg (VUMC-LASA). ISBN 978 90 377 0817 2
- 2017-4 *Sport en LHBT* (2017). Ine Pulles. ISBN 978 90 377 0820 2
- 2017-6 *Van oost naar west. Poolse, Bulgaarse en Roemeense kinderen in Nederland: ouders over de levenssituatie van hun kinderen* (2017). Ria Vogels, Simone de Roos, Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0819 6
- 2017-7 *First steps on the labour market* (2017). Ans Merens, Freek Bucx en Christoph Meng (ROA). ISBN 978 90 377 0822 6
- 2017-8 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015. Ontvangen hulp bij het huishouden, persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding* (2017). Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0818 9 (pdf)

Digitale publicaties 2017

Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2015 (onepager), Debbie Verbeek-Oudijk, Lisa Putman en Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0824 0, publicatiedatum 23-1-2017

SCP-publicaties 2016

- 2016-1 *Trust, life satisfaction and opinions on immigration in 15 European countries* (2016). Jeroen Boelhouwer, Gerbert Kraaykamp en Ineke Stoop. ISBN 978 90 377 0775 5
- 2016-2 *Lekker vrij!? Vrije tijd van vrouwen, tijdsdruk en de relatie met de arbeidsduur van vrouwen* (2016). Wil Portegijs (SCP), Mariëlle Cloin (SCP), Rahil Roodsaz (Atria) en Martin Olsthoorn (SCP). ISBN 978 90 377 0776 2
- 2016-3 *Kiezen bij de kassa. Een verkenning van maatschappelijk bewust consumeren in Nederland* (2016). Peggy Schyns. ISBN 978 90 377 0709 0
- 2016-4 *Kleine gebaren. Het belang van dorpsgenoten voor ouderen op het platteland* (2016). Lotte Vermeij. ISBN 978 90 377 0779 3 (pdf)

- 2016-5 *Niet buiten de burger rekenen! Over randvoorwaarden voor burgerbetrokkenheid in het nieuwe omgevingsbestel* (2016). Andries van den Broek, Anja Steenbekkers, Pepijn van Houweligen en Kim Putters. ISBN 978 90 377 0774 8
- 2016-6 *Een lang tekort. Langdurige armoede in Nederland* (2016). Jean Marie Wildeboer Schut en Stella Hoff. ISBN 978 90 377 0780 9
- 2016-7 *Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (2016). Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0785 4 (pdf)
- 2016-8 *LHBT-monitor 2016. Opvattingen over en ervaringen van lesbische, homoseksuele, biseksuele en transgender personen* (2016). Lisette Kuyper. ISBN 978 90 377 0787 8
- 2016-9 *Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer en Jeroen Boelhouwer (red.). ISBN 978 90 377 0788 5
- 2016-10 *Samenvatting Overall rapportage sociaal domein 2015. Rondom de transitie* (2016). Evert Pommer, Jeroen Boelhouwer, Esther van den Berg en Maaïke den Draak. ISBN 978 90 377 0789 2
- 2016-11 *Societal Pessimism: A Study of its Conceptualization, Causes, Correlates and Consequences* (2016). Eefje Steenvoorden. ISBN 978 90 377 0786 1
- 2016-12 *Cumulaties in de jeugdhulp* (2016). Klarita Sadiraj, Michiel Ras en Evert Pommer. ISBN 978 90 377 0790 8 (pdf)
- 2016-13 *Gedeelde waarden en een weerbare democratie. Een verkenning op basis van bevolkingsenquêtes* (2016). Paul Dekker en Josje den Ridder. ISBN 978 90 377 0793 9 (pdf)
- 2016-14 *Thuiszorguitgaven en informele hulp. Relatie tussen veranderingen in de thuiszorguitgaven en het gebruik van informele hulp* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Isolde Woittiez. ISBN 978 90 377 0792 2 (pdf)
- 2016-15 *Werkloos toezien? Gevolgen van de crisis voor emancipatie en welbevinden* (2016). Ans Merens en Edith Josten. ISBN 978 90 377 0791 5 (pdf)
- 2016-16 *Het brede-welvaartsbegrip volgens het SCP* (2016). Jeroen Boelhouwer. ISBN 978 90 377 0794 6 (pdf)
- 2016-17 *Sport en cultuur. Patronen in belangstelling en beoefening* (2016). Annet Tiessen-Raaphorst en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0795 3 (pdf)
- 2016-18 *Gemiddelde budgetten per cliënt (en dag) voor de cliënten met een voogdijmaatregel en cliënten die 18 jaar of ouder zijn* (2016). Evert Pommer en Klarita Sadiraj. ISBN 978 90 377 0797 7 (pdf)
- 2016-19 *Verzorgd in Europa: kerncijfers 2013. Een vergelijking van de zorg en ondersteuning voor 50-plussers in veertien Europese landen* (2016). Debbie Verbeek-Oudijk en Lisa Putman. ISBN 978 90 377 0798 4 (pdf)
- 2016-20 *Taking part in uncertainty. The significance of labour market and income protection reforms for social segmentation and citizens' discontent* (2016). J.C. Vrooman. ISBN 978 90 377 0799 1
- 2016-21 *Tussen groen en grijs. Een verkenning van tuinen en tuinieren in Nederland* (2016). Jeanet Kullberg. ISBN 978 90 377 0796 0
- 2016-22 *De dorpe doe-democratie. Lokaal burgerschap bekeken vanuit verschillende groepen dorpsbewoners* (2016). Lotte Vermeij, Joost Gieling. ISBN 978 90 377 0802 8 (pdf)
- 2016-23 *Aanbod van arbeid* (2016). Patricia van Echtelt, Simone Croezen, Jan Dirk Vlasblom, Marian de Voogd-Hamelink, m.m.v. Lucille Mattijssen. ISBN 978 90 377 0801 1
- 2016-24 *Beleidssignalement. Het gebruik van kinderopvang door ouders met lagere inkomens* (2016). Anne Roeters en Freek Bucx. ISBN 978 90 377 0803 5 (pdf)
- 2016-25 *Gemeentelijke prestaties gemeten. Een vooronderzoek naar de meting van prestaties van de lokale overheid op gemeentelijk niveau* (2016). Evert Pommer en Ingrid Ooms. ISBN 978 90 377 0804 2 (pdf)

- 2016-26 *Nieuwe Spaanse migranten in Nederland* (2016). Mérove Gijsberts, Marcel Lubbers, Fenella Fleischmann, Mieke Maliepaard en Hans Schmeets. ISBN 978 90 377 0805 9 (pdf)
- 2016-27 *Zorg en onbehagen in de bevolking* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Sjoerd Kooiker. ISBN 978 90 377 0807 3 (pdf)
- 2016-28 *Wikken en wegen in het hoger onderwijs. Over studieloopbanen en instellingsbeleid* (2016). Lex Herweijer en Monique Turkenburg. ISBN 978 90 377 0806 6
- 2016-29 *Beperkt in functie. Trendrapportage ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en arbeidsdeelname van mensen met gezondheidsbeperkingen* (2016). Redactie: Maroesjka Versantvoort en Patricia van Echtelt. ISBN 978 90 377 0808 0
- 2016-30 *Wel thuis? Literatuurstudie naar factoren die zelfstandig wonen van mensen met beperkingen beïnvloeden* (2016). Maaik den Draak, Anna Maria Marangos, Inger Plaisier, Mirjam de Klerk. ISBN 978 90 377 0811 0
- 2016-31 *De toekomst tegemoet. Sociaal en Cultureel Rapport 2016* (2016). Redactie: Andries van den Broek, Cretien van Campen, Jos de Haan, Anne Roeters, Monique Turkenburg en Lotte Vermeij. ISBN 978 90 377 0544 7
- 2016-32 *Integratie in zicht? De integratie van migranten in Nederland op acht terreinen nader bekeken* (2016). Redactie: Willem Huijnk en Iris Andriessen. ISBN 978 90 377 0812 7
- 2016-33 *Emancipatiemonitor 2016* (2016). Wil Portegijs (scp) en Marion van den Brakel (cbs) (red.). ISBN 978 90 377 0813 4

Digitale publicaties 2016

- Armoede in kaart 2016* (card stack), Stella Hoff, Jean Marie Wildeboer Schut, Benedikt Goderis, Cok Vrooman. ISBN 978 90 377 0809 7, publicatiedatum 27-9-2016
- Media:Tijd in kaart* (card stack), Annemarie Wennekers, Jos de Haan en Frank Huysmans. ISBN 978 90 377 0815 8, publicatiedatum 20-12-2016
- Zorg en ondersteuning in Nederland: kerncijfers 2014* (onepager), Lisa Putman, Debbie Verbeek-Oudijk, Mirjam de Klerk en Evelien Eggink. ISBN 978 90 377 0784 7, publicatiedatum 25-4-2016

Overige publicaties 2016

- Burgerperspectieven 2016 | 1* (2016). Josje den Ridder, Paul Dekker en Pepijn van Houwelingen, m.m.v. Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0772 4
- Burgerperspectieven 2016 | 2* (2016). Josje den Ridder, Wouter Mensink, Paul Dekker en Esther Schrijver. ISBN 978 90 377 0800 4
- Burgerperspectieven 2016 | 3* (2016). Paul Dekker, Lisanne de Blok en Joep de Hart. ISBN 978 90 377 0810 3
- Burgerperspectieven 2016 | 4* (2016). Paul Dekker, Josje den Ridder, Pepijn van Houwelingen en Andries van den Broek. ISBN 978 90 377 0816 5

Werkprogramma

Het Sociaal en Cultureel Planbureau stelt jaarlijks zijn Werkprogramma vast. De tekst van het lopende programma is te vinden op de website van het scp: www.scp.nl.